New Nouveau Brunswick
Be...in this place • Être...ici on le peut

2007

Annual Report

Department of Public Safety Office of the Chief Coroner

Rapport annuel

Ministère de la Sécurité publique Le bureau du coroner en chef

2007 Annual Report

Published by:
Office of the Chief Coroner
Department of Public Safety
Province of New Brunswick
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Canada

June 2009

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Office of the Chief Coroner

Printing and Binding:
Printing Services, Supply and Services

Rapport annuel 2007

Publié par :
Le bureau du coroner en chef
Ministère de la Sécurité publique
Province du Nouveau-Brunswick
Case postale 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Canada

Juin 2009

Couverture :
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition :
Le bureau du coroner en chef

Imprimerie et reliure :
Service d'imprimerie,
Approvisionnement et Services

ISBN 978-1-55471-101-7

ISSN 0848-5666

Printed in New Brunswick

ISBN 978-1-55471-101-7

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

New Nouveau
Brunswick
Be...in this place • Être...ici on le peut

2007

Annual Report

Department of Public Safety Office of the Chief Coroner

Rapport annuel

Ministère de la Sécurité publique Le bureau du coroner en chef

The Honourable John Foran
Department of Public Safety
Fredericton
New Brunswick

L'honorable John Foran
Ministère de la Sécurité publique
Fredericton
Province du Nouveau-Brunswick

Dear Minister:

Pursuant to Section 43 of the *Coroners Act*, I have the honour to submit the thirty-sixth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 2007 to December 31, 2007.

Yours very truly,

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le trente-sixième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2007 en application de l'article 43 de *la Loi sur les coroners*.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

GREGORY FORESTELL
Acting Chief Coroner
Province of New Brunswick

GREGORY FORESTELL
Le coroner en chef par intérim
Province du Nouveau-Brunswick

Table of Contents

Page

Mission Statement 6

Historical Background 6

Origin of the Office of the Coroner 6

The New Brunswick Coroner System 7

Organizational Structure 7

Notification Requirement 8

Investigative Capacity of Coroner Services 8

Purpose of Coroner's Investigation 9

The Inquest Decision 9

Summary 10

Statistical Summary of Investigated Deaths 11

Schedule "A.1" - Total Deaths by Classification 14

Schedule "A.2" - Total Deaths by Month 15

Schedule "A.3" - Total Deaths by Judicial District 16

Schedule "B.1" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 17

Schedule "B.2" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 18

Schedule "B.3" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Environment 21

Table des matières

Page

Énoncé de mission 6

Survol historique 6

Origine de la fonction de coroner 6

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick 7

Structure administrative 7

Déclaration 8

Pouvoirs d'enquête du Service des coroners 8

But de l'investigation 9

La décision de mener une enquête 9

Résumé 10

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès 11

Tableau « A.1 » - Nombre total de décès par catégorie 14

Tableau « A.2 » - Nombre total de décès par mois 15

Tableau « A.3 » - Nombre total de décès par circonscription judiciaire 16

Tableau « B.1 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 17

Tableau « B.2 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 18

Tableau « B.3 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence 21

Schedule "C.1" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 27

Schedule "C.2" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor.....28

Schedule "C.3" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Environment.....30

Schedule "D.1" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District.....32

Schedule "D.2" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 33

Schedule "D.3" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 34

Schedule "E.1" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 35

Schedule "E.2" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Death Factor.....36

Schedule "E.3" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Environment.....38

Schedule "F.1" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Judicial District.....44

Schedule "F.2" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 45

Schedule "F.3" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Environment.....46

Tableau « C.1 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 27

Tableau « C.2 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 28

Tableau « C.3 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence.....30

Tableau « D.1 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 32

Tableau « D.2 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 33

Tableau « D.3 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence.....34

Tableau « E.1 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 35

Tableau « E.2 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité 36

Tableau « E.3 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et le lieu de l'incidence.....38

Tableau « F.1 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 44

Tableau « F.2 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité.....45

Tableau « E.3 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et le lieu de l'incidence.....46

Schedule "F" - Undetermined Deaths... 48

Summary of Inquests and Recommendations..... 51

Other Cases of Interest..... 113

Inquests and Cases of Interest (2005)..... 156

Tableau « F. » - Décès d'origine Inconnue 48

Résumé des enquêtes et des recommandations.....51

Autres cas d'intérêt.....113

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2005).....156

Our Mission

Coroner Services is an independent and publicly accountable investigation of death agency. Coroner Services is mandated by statute to review all suspicious or questionable deaths in New Brunswick, conduct inquests as may be required in the public interest and does not have a vested interest of any kind in the outcome of death investigations.

Historical Background

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an additional fine if no felon could be found responsible for this death. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems, which are presently existing in common law jurisdictions.

In the ensuing seven hundred years, no improvement has been made upon the basic questions and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

Notre mission

Le Service des coroners est un organisme indépendant de responsabilité publique chargé d'enquêter sur les décès. Mandaté en vertu des lois provinciales pour étudier tous les cas de morts suspectes au Nouveau-Brunswick, le Service des coroners mène des enquêtes dans l'intérêt du public. Le Service n'a aucun intérêt, quel qu'il soit, quant à l'issue de ces enquêtes.

Survol historique

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les États ou est appliquée la common law.

Après sept siècles, les questions de bases demeurent inchangées : « Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte? »

An inquest is not a forum to resolve civil disputes nor to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitional as opposed to accusatory or adversarial.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

The New Brunswick Coroner System

Organizational Structure

In New Brunswick, Coroner Services falls under the Department of the Public Safety for administrative purposes. Supervision of the service is the responsibility of the Chief Coroner who is assisted by a full time Deputy Chief Coroner.

The six full time staff, who serve as Regional Coroners in Fredericton/Woodstock, Moncton/Miramichi, Saint John, Bathurst/Campbellton and Edmundston report to the Chief Coroner.

In addition to the six Regional Coroners, a cadre of experienced investigative staff from the Compliance Branch serve as Investigating Coroners. This group provides services primarily on nights and weekends.

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement au décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick

Structure administrative

Aux fins administratives, les Services des coroners au Nouveau-Brunswick relèvent du ministère de la Sécurité publique. La surveillance des services comme tels relève du coroner en chef, secondé à temps plein d'un coroner en chef adjoint.

Les six coroners régionaux travaillant à temps plein dans les régions de Fredericton-Woodstock, de Moncton-Miramichi, de Saint-Jean, de Bathurst-Campbellton et d'Edmundston relèvent du coroner en chef.

En plus des six coroners régionaux, un groupe d'employés chevronnés des services d'enquête de la Direction du contrôle de la conformité agissent à titre de coroners responsables des investigations, principalement le soir et les fins de semaine.

Fee For Service Coroners continue to provide additional investigative capacity and geographic coverage.

The Regional Coroners provide guidance to the Investigating Coroners and Fee For Service Coroners and participate in the development and delivery of training.

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: (i) did not occur during or as a result of pregnancy; (ii) was not sudden and unexpected; and (iii) was not under circumstances which may require an investigation). Coroner Services is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his/her death. The system, therefore, is a vital part of public safety in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

Investigative Capacity of Coroner Services

For investigational purposes Coroner Services has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Halifax) and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also available to

La présence de coroners rémunérés à l'acte nous permet d'ajouter à notre capacité de mener des enquêtes et de mieux couvrir l'ensemble de la province.

Les coroners régionaux fournissent un soutien aux coroners responsables des investigations et aux coroners rémunérés à l'acte et participent à l'élaboration et à la prestation de la formation.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié *sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue : ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une enquête). Par contre, le Service des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un rouage essentiel de la sécurité publique, car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Pouvoirs d'investigation du Service des coroners

Aux fins d'investigation, le Service des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Halifax) et à un corps de police municipale qui ont chacun leur domaine de compétence. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes

Coroner Services are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst and Edmundston and also the services of the Provincial Forensic Toxicologist located at Saint John.

des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst, et Edmundston, de même qu'aux services légaux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint-Jean.

The identification of a death as a "Type II" case, which needs the special consideration of a forensic pathologist, results in the utilization of the forensic service and requires that the body be transported to Saint John for the autopsy.

Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de « type II », nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut utiliser le service et faire transporter le cadavre à Saint John pour que soit pratiquée une autopsie.

Where circumstances warrant, specialized expertise may be provided from outside the Province on complex cases for evidentiary or identification purposes.

Lorsqu'il est nécessaire pour les cas très complexes, nous faisons appel à des experts de l'extérieur de la province afin de compléter nos capacités relatives à la preuve et à l'identification.

Purpose of Coroner's Investigation

The purpose of the coroner's investigation for many years was directed towards the investigation of the actual medical cause of death. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety.

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a été pendant de nombreuses années de rechercher la cause médicale réelle du décès. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique.

The Inquest Decision

One of the most difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles qui doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête.

A local coroner or the Chief Coroner may order an inquest into a death. In some circumstances, a coroner may hold an inquest when required to do so in writing by a Judge of The Court of Queen's Bench of New Brunswick, a member of the Executive Council or the Chief Coroner. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of sudden and unexpected deaths. It is expected that the Coroners Jury will make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations arising out of inquests to the attention of appropriate persons, agencies and government departments.

Summary

Coroner Services investigates about 26 percent of the total of approximately 6,000 deaths per year in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. The coroner, in approximately 36 percent of the cases, orders autopsies and inquests are ordered in slightly less than one percent of all investigated deaths.

For the period covered by this Report, the Registrar of Vital Statistics recorded 6,367 deaths in the Province of which 1,593 or 25.0% were reported to a coroner. By comparison in the previous year there were 6,054 deaths in the Province of which 1,608 or 26.6% were reported to a coroner.

Un coroner local ou le coroner en chef peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès. Dans certaines circonstances, un coroner peut procéder à une enquête sur demande rite d'un juge de la Cour du Banc de la Reine du Nouveau Brunswick, d'un membre du Conseil exécutif ou du coroner en chef. La tenue de l'enquête a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès soudains et inattendus. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans de circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations à partir d'une enquête aux personnes, organismes et ministères concernés.

Résumé

Environ 26 pour cent des quelque 6 000 décès annuels dans la province font l'objet d'une investigation par le Service des coroners. Un très grand nombre d'investigations se terminent par un constat de mort due à des causes naturelles. Le coroner ordonne la tenue d'une autopsie dans environ 36 pour cent des cas alors que moins de un pour cent nécessitent une enquête du coroner sur les décès.

Au cours de l'exercice couvert par ce rapport, la registraire générale des statistiques de l'état civil a rapporté 6 367 décès dans la province dont 1 593 ou 25,0 pour cent ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 6 054 décès sont survenus dans la province dont 1 608 ou 26,6 pour cent nous avaient été signalés.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and to all other related agencies who have, through the year, co-operated and assisted in the investigations which have been processed through Coroner Services. Also, gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

Nous sommes reconnaissants envers toutes les agences de maintien de l'ordre et les organismes connexes qui ont collaboré avec nous et nous ont aidés à mener les enquêtes au cours de l'année qui vient de s'écouler. Nous remercions également tous les coroners qui ont fait preuve, encore une fois, de dévouement et de professionnalisme, souvent dans des circonstances difficiles.

The Chief Coroner invites comments or suggestions for modifying or improving any part of the report or regarding any aspect of the overall delivery of coroner services in the Province.

Le coroner en chef invite le public à nous faire part de ses observations ou de ses suggestions qui pourraient contribuer à améliorer ce rapport ou les services offerts par le bureau du coroner de la province.

Comments should be directed to:

Prière de faire parvenir vos observations à l'adresse suivante :

The Office of the Chief Coroner
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Phone (506) 453-3604
Fax (506) 462-2038

Bureau du coroner en chef
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Téléphone : (506) 453-3604
Télécopieur : (506) 462-2038

Statistical Summary of Investigated Deaths

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès

The information provided in this Annual Report is presented for the calendar year 2007.

Les renseignements fournis dans le présent rapport annuel concernent l'année civile 2007.

Annual Reports of the Chief Coroner were presented by calendar year from 1972 to 1992. In 1992/93, the Chief Coroner changed the reporting period to fiscal year to coincide with the implementation of a new

De 1972 à 1992, les rapports du coroner en chef étaient présentés par année civile. En 1992-1993, la mise en œuvre d'un nouveau système informatique a motivé la décision du coroner en chef d'adopter une période de

computer system. In 2005, the Chief Coroner made the decision to revert to calendar year to coincide with statistical reporting by other Coroner and Medical Examiners across Canada. This will facilitate data sharing and comparison with other provincial and federal government agencies.

Since January 1, 1987 deaths reported to and investigated by Coroner Services have been classified in five distinct categories: natural, accident, suicide, homicide and undetermined.

The natural category covers all deaths by disease or **natural causes**.

The accident category covers all **accidental** deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all classes of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

référence correspondant à l'année financière. En 2005, la coroner en chef a décidé de revenir à l'année civile pour s'ajuster à la façon dont les autres coroners et médecins légistes du Canada présentent leurs rapports statistiques. Elle voulait également faciliter l'échange d'information et les comparaisons avec d'autres organismes provinciaux et fédéraux.

Depuis le 1er janvier 1987, les décès signalés au Service des coroners et sur lesquels celui-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes : mort naturelle, accident, suicide, homicide et décès d'origine inconnue.

La catégorie des **morts naturelles** englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des **accidents** englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie des **suicides** englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des **homicides** englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évident de provoquer la mort de quelqu'un.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible efforts to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case, which might fall in this category, is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

The tables included in this report identify the **Environment**, that is the principal **location** of where the death occurred and the **Death Factor**, that is an action, force, instrument or disease which led directly toward death.

La catégorie des **décès d'origine inconnue** englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de déterminer s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

Les tableaux de ce rapport identifient le **Lieu**, c'est-à-dire 'endroit principal où le décès est survenu, et au **Facteur de mortalité**, c'est-à-dire l'action, la mesure de violence, l'instrument ou la maladie qui a été la cause directe du décès.

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

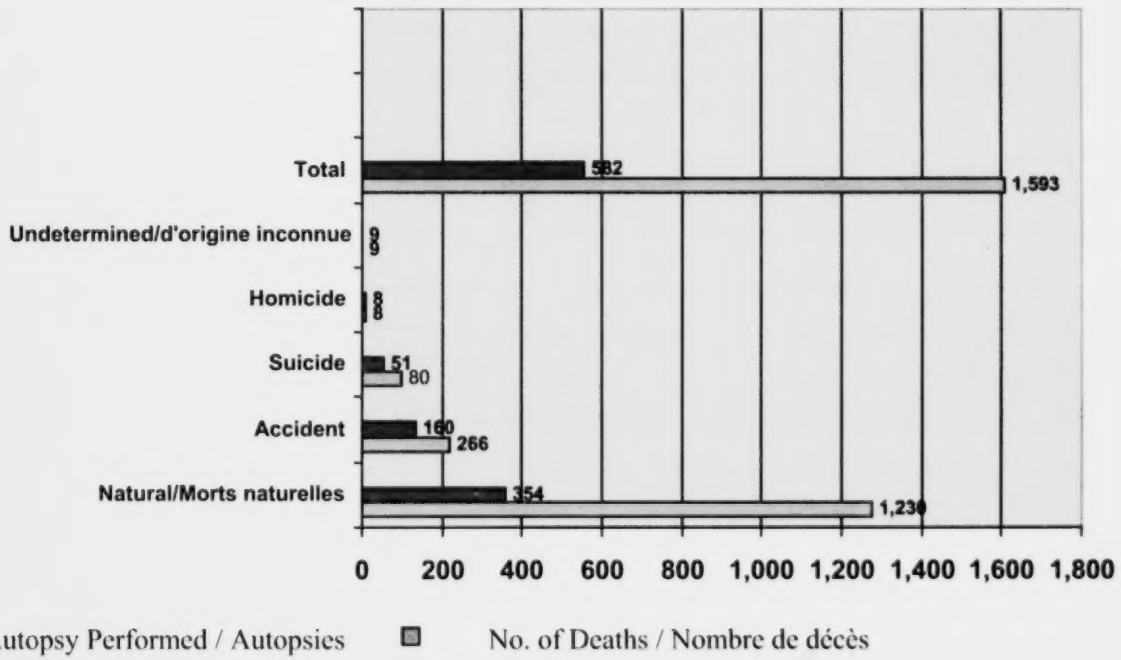
from/de 2007.01.01 to/au 2007 .12.31

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	% of Deaths/ de décès	Rate per 100,000 Population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsy Performed/ Autopsies	% of classification/ de la catégorie de décès
Natural/Morts naturelles	1,230	77.2	164.0	354	28.8
Accident	266	16.7	35.5	160	60.2
Suicide	80	5.0	10.7	51	63.8
Homicide	8	0.5	1.1	8	100.0
Undetermined/Décès d'origine inconnue	9	0.6	1.2	9	100.0
Total	1,593	100.0		582	

Based on a population of / sur une population de 749,782

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

from/de 2007.01.01 to/au 2007.12.31



NOTE : Based upon Statistics Canada postcensal population estimates for N. B. census divisions (released February 5, 2008). Sub-county estimates are based on the 2006 Census population share of the county.

NOTE : Données fondées sur les estimations postcensitaires de Statistique Canada pour les Divisions de recensement du Nouveau-Brunswick (publiées le 5 février 2008). Les estimations relatives aux régions à l'intérieur des comtés sont fondées sur les données du recensement de 2006 sur la proportion de population dans chaque comté.

Provincial Summary - Deaths Investigated by Classification, by Month - Schedule A-2 /
Sommaire provincial - Nombre de décès examinés par catégorie, par mois - Tableau A-2
from/de 2007.01.01 to/au 2007.12.31

Classification/ Catégorie de décès	Jan/ jan	Feb/ fev	Mar/ mars	April/ Avril	May/ mai	June/ Juin	July/ juillet	Aug/ août	Sept/ sept	Oct/ oct	Nov/ nov	Dec/ déc	Total
Natural/Morts naturelles	116	108	104	102	96	92	113	90	94	100	106	109	1,230
Accident	15	14	21	15	19	29	24	27	30	21	27	24	266
Suicide	5	6	9	4	5	9	4	6	10	7	8	7	80
Homicide	2	0	0	1	0	0	2	0	0	1	1	1	8
Undetermined/ Décès d'origine inconnue	0	1	1	0	1	0	1	0	2	1	1	1	9
Total	138	129	135	122	121	130	144	123	136	130	143	142	1,593

DEATHS INVESTIGATED BY JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE A-3 / NOMBRE DE DÉCÈS EXAMINÉS PAR CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE - TABLEAU A-3

from/de 2007.01.01 to/au 2007.12.31

	Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires								
	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock	Province
Natural/Morts naturelles	114	55	73	168	58	204	531	27	1,230
Accident	20	13	21	50	14	58	82	8	266
Suicide	9	4	8	15	4	21	17	2	80
Homicide	1	0	0	0	0	3	4	0	8
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0	0	0	1	1	2	4	1	9
Total / Totaux	144	72	102	234	77	288	638	38	1,593
% of Provincial Total / % de cas par rapport au total provincial	9.0	4.5	6.4	14.7	4.8	18.1	40.1	2.4	100
Population	79,892	34,119	43,781	132,947	49,278	197,706	172,523	39,536	749,782
Death Rate per 100,000 population / Taux de mortalité par 100 000 habitants									
Natural/Morts naturelles	142.7	161.2	166.7	126.4	117.7	103.2	307.8	68.3	164.0
Accident	25.0	38.1	48.0	37.6	28.4	29.3	47.5	20.2	35.5
Suicide	11.3	11.7	18.3	11.3	8.1	10.6	9.9	5.1	10.7
Homicide	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	2.3	0.0	1.1
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0.0	0.0	0.0	0.8	2.0	1.0	2.3	2.5	1.2
Total deaths by trauma (accident, suicide, homicide) / Total de décès par trauma (accident, suicide, homicide)	30	17	29	65	18	82	103	10	354
Rate per 100,000 population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	37.6	49.8	66.2	48.9	36.5	41.5	59.7	25.3	47.2

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE B-1 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU B-1

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	1	2	2	0	2	0	3	2	0	1	3	0	1	3	12	8	20	7.5	15	9.3
Campbellton	0	0	3	0	1	0	2	0	0	0	1	1	4	1	11	2	13	4.9	7	4.4
Edmundston	3	4	2	0	1	1	1	0	3	1	2	1	1	1	13	8	21	7.9	16	10.0
Fredericton	4	1	5	1	4	3	3	1	5	1	7	0	6	9	34	16	50	18.8	33	20.6
Miramichi	0	0	1	0	0	2	3	0	3	1	1	0	1	2	9	5	14	5.3	11	6.9
Moncton	10	3	14	3	4	1	3	0	3	1	5	1	4	6	43	15	58	21.8	33	20.6
Saint John	4	2	3	1	5	2	6	2	9	5	2	2	22	17	51	31	82	30.8	39	24.4
Woodstock	0	1	2	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	1	6	2	8	3.0	6	3.8
Males / Hommes	22		32		18		21		26		21		39		179					
% Total - Males/Hommes	8.2		12.0		6.7		7.9		9.8		7.9		14.7		67.2					
Females / Femmes	13		5		9		5		10		5		40			87	266	100.0	160	100.0
% Total - Females/ Femmes	4.9		1.9		3.4		1.9		3.8		1.9		15.0			32.8				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	35		37		27		26		36		26		79							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	13.1		13.9		10.2		9.8		13.5		9.8		29.7							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drowning Open Water / Noyade – en eau libre	0	1	4	0	2	1	1	0	2	1	0	0	0	1	9	4	13	4.9	8	5.0
Drowning – Private Pool / Noyade – piscine privée	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.4	1	0.6
Drowning – Bathtub / Noyade - baignoire	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	0.8	1	0.6
Decapitation or Transection / Décapitation ou dissection transversale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.6
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	16	8	17	3	7	3	5	1	5	6	7	2	6	5	63	28	91	34.2	52	32.5
Trauma of Recreational Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatif	1	0	3	0	2	0	6	0	0	0	1	0	1	0	14	0	14	5.3	10	6.3
Crushed and/or Buried / Écrasé et/ou enterré	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	3	1.1	3	1.9
Blunt Trauma, Accidental / Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	7	0	7	2.6	7	4.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Exposure to cold / Hypothermie	1 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 2	3	2	5	1.9	3	1.9
Fire – Structural / Incendie des bâtiments	2 1	0 0	0 0	0 1	3 0	1 0	2 1	8	3	11	4.1	8	5.0
Electrocution / Électrocution	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Fall or jump – different level height; eg. bridge, building / Chute ou saut – à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0 1	0 0	0 0	1 0	1 0	3 0	1 1	6	2	8	3.0	4	2.5
Fall or jump – same level / Chute ou saut – à partir du sol	1 0	0 0	1 0	0 0	1 1	2 3	18 26	23	30	53	19.8	16	10.0
Object caught in throat / Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	0 1	1	2	3	1.1	1	0.6
Asphyxia / Asphyxie	0 0	0 0	1 0	1 0	1 0	2 0	1 0	6	0	6	2.3	5	3.1
Aspiration / Aspiration	0 0	2 0	1 1	0 0	1 1	1 0	3 2	8	4	12	4.5	9	5.6
Therapeutic Misadventure / Complication thérapeutique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.4	1	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Cuts from hand or power tools / Coupures faites par un outil manuel ou électrique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.4	0	0.0
Caught in Machinery / Pris dans une machine	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	0	0.0
Carbon Monoxide Poisoning / Empoisonnement au monoxide de carbonne	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Alcohol Poisoning / Intoxication par l'alcool	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	2 0	3	0	3	1.1	3	1.9
Alcohol and Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	1 0	2 0	3 0	1 0	0 0	0 1	7	1	8	3.0	7	4.4
Drug / Drogue	0 1	4 2	1 3	4 3	2 0	0 0	0 0	11	9	20	7.5	18	11.3
Males / Hommes	22	32	18	21	26	21	39	179		266	100.0	160	100.0
Females / Femmes	13	5	9	5	10	5	40		87				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	35	37	27	26	36	26	79						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Construction / Chantier de construction	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	2	0	2	0.8	1	0.6
Other Work Place / Autre lieu de travail	0 0	0 0	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	2	0	2	0.8	2	1.3
Logging/Tree Cutting - Commercial / Travail en forêt, coupe des arbres – but commercial	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Commercial Fishing / Pêche commerciale	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	0	0.0
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Railway – not on board (crossing tracks) / Voie ferrée – non passager (traverser voie)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Crib, play pen, slide, swing / Berceau, parc d'enfant, glissoire, balançoire	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.4	1	0.6
Boating – personal watercraft, jet ski, etc. / Bateau – embarcation personnelle, jet ski, etc.	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Open water (river, lake, stream, brook) / Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0 1	5 0	2 1	0 0	0 0	1 0	0 1	8	3	11	4.1	8	5.0
Ocean / Océan	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Snowmobiling - anywhere off public road (driver) / Motoneige - n'importe ou hors d'une route publique (conducteur)	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	0.8	2	1.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Off Road Motorcycling (motocross, dirt bike, etc.) / Motocyclisme hors-piste (moto-cross, moto hors route)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
ATV driver - on public road / VTT conducteur - sur une route publique	1 0	1 0	1 0	3 0	0 0	0 0	0 0	6	0	6	2.2	6	3.8
ATV driver – off public road / VTT conducteur - n'importe où hors route publique	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	2	0	2	0.8	1	0.6
ATV passenger – off public road / VTT passager – n'importe où hors route publique	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	2	0	2	0.8	1	0.6
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autre services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	2 1	3	1	4	1.5	1	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hospital Emergency – NON DOA / Salle d'urgence – victime vivante à l'arrivée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.4	1	0.6
Hospital Operating Room / Salle d'opération	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.4	0	0.0
Nursing Home / Foyers de soin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	2	6	8	3.0	2	1.3
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	2	3	3	6	2.2	1	0.6
Homeless Shelter / Refuge pour sans-abri	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.6
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	3	3	6	2	3	5	6	4	13	2	7	3	25	20	63	39	102	38.2	61	38.1

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Inside, other than residence (mall, restaurant, other public building) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 1	1	1	2	0.8	0	0.0
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.4	0	0.0
Urban Outdoors – public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain – lieu public ou autre (pas un domicile)	1 0	0 0	1 0	1 0	2 2	0 0	0 2	5	4	9	3.3	7	4.4
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	1 0	1 0	2 0	0 0	1 0	0 0	1 0	6	0	6	2.2	6	3.8
Public Road - driver / Route publique - conducteur	6 2	9 2	5 3	5 1	3 1	4 1	3 2	35	12	47	17.6	31	19.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H	F / F	20 - 30 M H	F / F	31 - 40 M H	F / F	41 - 50 M H	F / F	51 - 60 M H	F / F	61 - 70 M H	F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Public Road - passenger / Route publique - passager	10	5	4	1	2	0	0	0	1	3	1	1	0	2	18	12	30	11.2	13	8.1
Public Road - pedestrian / Route publique - piéton	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	1	5	3	8	3.0	6	3.8
Public Road - motorcycle driver / Route publique - motocycliste	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	1.1	2	1.3
Public Road – bicycle (not motorized vehicle) / Route publique - vélo (non motorisé)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0.8	0	0.0
Males / Hommes	22		32		18		21		26		21		39		179		266	100.0	160	100.0
Females / Femmes	13		5		9		5		10		5		40			87				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	35		37		27		26		36		26		79							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE C-1 / SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU C-1

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	2	0	1	1	8	1	9	11.3	3	5.9
Campbellton	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	4	0	4	5.0	3	5.9
Edmundston	0	0	1	0	1	0	2	0	2	1	1	0	0	0	7	1	8	10.0	2	3.9
Fredericton	3	0	4	1	1	0	1	0	1	2	2	0	0	0	12	3	15	18.8	15	29.4
Miramichi	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	2	2	4	5.0	3	5.9
Moncton	1	2	4	0	3	2	6	0	1	0	1	1	0	0	16	5	21	26.3	6	11.8
Saint John	1	0	2	1	1	2	3	3	1	0	2	0	1	0	11	6	17	21.3	17	33.3
Woodstock	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	2.5	2	3.9
Males / Hommes		6		11		8		14		12		9		2	62		80	100.0	51	100.0
% Total - Males/Hommes		7.5		13.7		10.0		17.5		15.0		11.2		2.5	77.4					
Females / Femmes		2		2		4		4		4		1		1		18				
% Total - Females/ Femmes		2.5		2.5		5.0		5.0		5.0		1.3		1.3		22.6				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge		8		13		12		18		16		10		3						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie		10.0		16.2		15.0		22.5		20.0		12.5		3.8						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hanging / Pendaison	3 2	2 0	2 2	5 1	6 0	1 0	0 0	19	5	24	30.0	10	19.6
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.3	1	2.0
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	0 0	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	2.5	1	2.0
Carbon Monoxide Poisoning - Vehicle Exhaust / Empoisonnement au monoxide de carbonne – gaz d'échappement d'un véhicule	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.3	1	2.0
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	1 0	4 0	1 0	1 0	2 0	4 0	0 0	13	0	13	16.2	9	17.6
Shooting - Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	0 0	1 0	1 0	2 0	0 0	2 0	1 0	7	0	7	8.7	5	9.8
Shooting - Handgun / Fusillade, arme de poing	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	0 0	2	0	2	2.5	1	2.0
Fall or jump - different level ; eg. bridge, building / Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment	1 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	1	1	2	2.5	2	3.9

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drug / Drogue	0 0	1 2	0 1	2 0	2 2	1 0	0 1	6	6	12	15.0	12	23.4
Alcohol & Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	0 1	0 0	1	2	3	3.7	1	2.0
Drowning Open Water / Noyade - en eau libre	1 0	1 0	0 0	0 1	0 1	0 0	0 0	2	2	4	5.0	4	7.8
Burns – heat / Brûlures – par la chaleur	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.3	1	2.0
Asphyxia / Ashyxie	0 0	0 0	1 0	2 0	2 0	0 0	0 0	5	0	5	6.2	2	3.9
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	2	0	2	2.5	1	2.0
Cuts from hand or power tools / Coupures faites par un outil manuel ou électrique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0	1	1	1.3	0	0.0
Males / Hommes	6	11	8	14	12	9	2	62		80	100.0	51	100.0
Females / Femmes	2	2	4	4	4	1	1		18				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	8	13	12	18	16	10	3						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F F	20 - 30 M H / F F	31 - 40 M H / F F	41 - 50 M H / F F	51 - 60 M H / F F	61 - 70 M H / F F	Over 70 / Plus de 70 M H / F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.3	1	2.0
School – Pupil (not employee) / École – élève (pas un employé)	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.3	1	2.0
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	4 1	7 2	6 3	10 3	9 3	6 1	1 1	43	14	57	71.1	37	72.4
Community Residence / Établissement résidentiel communautaire	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	1.3	1	2.0
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.3	1	2.0
Camping/Tenting Camping/Tenting	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	1.3	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	1 1	1 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	2	2	4	5.0	3	5.8
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0 0	3 0	0 0	2 0	1 1	3 0	0 0	9	1	10	12.4	5	9.8
Railway – not on board (crossing tracks) / Voie ferrée – non passager (traverser voie)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	2	0	2	2.4	1	2.0
Public Road – driver / Route publique - conducteur	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	1.3	1	2.0
Public Road – pedestrian / Route publique - piéton	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.3	0	0.0
Males / Hommes	6	11	8	14	12	9	2	62		80	100.0	51	100.0
Females / Femmes	2	2	4	4	4	1	1		18				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	8	13	12	18	16	10	3						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE D-1 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU D-1

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0	1	1	12.5	1	12.5
Moncton	0 0	0 0	1 1	0 0	1 0	0 0	0 0	2	1	3	37.5	3	37.5
Saint John	0 0	1 0	0 0	1 1	0 0	0 1	0 0	2	2	4	50.0	4	50.0
Males / Hommes	0	1	1	1	1	0	0	4		8	100.0	8	100.0
% Total - Males/Hommes	0.0	12.5	12.5	12.5	12.5	0.0	0.0	50.0					
Females / Femmes	0	0	1	1	1	1	0		4				
% Total - Females/ Femmes	0.0	0.0	12.5	12.5	12.5	12.5	0.0		50.0				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	1	2	2	2	1	0						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	0.0	12.5	25.0	25.0	25.0	12.5	0.0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE D-2 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU D-2

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Blunt Trauma , beating / Traumatisme dû à un objet contondant – acte de viol	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 1	0 0	0	2	2	25.0	2	25.0
Shooting – Shotgun / Fusillade – fusil de chasse	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	12.5	1	12.5
Shooting – Rifle / Fusillade, carabine	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	12.5	1	12.5
Shooting – unspecified / Fusillade – arme non identifiée	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	12.5	1	12.5
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	0 0	1 0	1 0	1 0	0 0	0 0	3	0	3	37.5	3	37.5
Males / Hommes	0	1	1	1	1	0	0	4		8	100.0	8	100.0
Females / Femmes	0	0	1	1	1	1	0		4				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	1	2	2	2	1	0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE D-3 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living Inside, Residence or on Property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0 0	0 0	1 1	1 1	1 1	0 0	0 0	3	3	6	75.0	6	75.0
Urban Outdoors – public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain – lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	12.5	1	12.5
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0	1	1	12.5	1	12.5
Males / Hommes	0	1	1	1	1	0	0	4					
Females / Femmes	0	0	1	1	1	1	0		4	8	100.0	8	100.0
Total for Age Group / Total par groupe d'âg	0	1	2	2	2	1	0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE E-1 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU E-1

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0	0	0	0	1	0	3	2	18	4	12	7	45	22	79	35	114	9.3	32	9.0
Campbellton	1	0	0	0	1	0	1	3	9	1	5	3	19	12	36	19	55	4.5	10	2.8
Edmundston	1	0	0	0	1	0	4	1	4	3	11	4	25	19	46	27	73	5.9	20	5.6
Fredericton	3	0	1	0	2	0	9	0	8	5	20	8	53	59	96	72	168	13.7	54	15.3
Miramichi	1	1	0	0	1	1	2	1	7	0	12	4	13	15	36	22	58	4.7	22	6.2
Moncton	0	0	3	0	6	1	9	2	18	6	39	11	60	49	135	69	204	16.6	63	17.8
Saint John	9	3	0	0	5	1	24	13	27	25	67	42	143	172	275	256	531	43.2	136	38.4
Woodstock	0	1	0	0	0	1	1	1	6	3	1	1	5	7	13	14	27	2.2	17	4.8
Males / Hommes	15		4		17		53		97		167		363		716		1,230	100.0	354	100.0
% Total - Males/Hommes	1.2		0.3		1.4		4.3		7.9		13.6		29.5		58.2					
Females / Femmes	5		0		4		23		47		80		355			514				
% Total - Females/ Femmes	0.4		0.0		0.3		1.9		3.8		6.5		28.9			41.8				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	20		4		21		76		144		247		718							
% of Classification Total / % pour total de la	1.6		0.3		1.7		6.2		11.7		20.1		58.4							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE E-2 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Natural Disease / Décès naturel à la suite de maladie	11	3	4	0	17	4	51	23	96	47	165	79	363	353	707	509	1,216	98.7	345	97.3
Chronic Use of Alcohol / Abus chronique de l'alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Therapeutic Misadventure / Réaction allergique à un médicament	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Live Birth (1 day) / Bébé ayant vécu moins d'une journée	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	0.3	0	0.0
Infectious Disease / Maladie infectieuse	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE E-2 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Asphyxia / Asphyxie	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.1	1	0.3
Aspiration / Aspiration	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.1	0	0.0
Undetermined / Facteur de décès non déterminée	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 1	0 0	1	1	2	0.2	2	0.6
No Anatomical Cause / Aucune cause anatomique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Sudden Infant Death Snydrome / Mort subite du nourrisson	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	0.2	2	0.6
Males / Hommes	15	4	17	53	97	167	363	716		1,230	100.0	354	100.0
Females / Femmes	5	0	4	23	47	80	355		514				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	20	4	21	76	144	247	718						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Logging/Tree Cutting – Commercial / Travail en forêt, coupe des arbres – but commercial	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Other Work Place / Autre lieu de travail	0 0	0 0	0 0	2 0	3 0	1 0	0 0	6	0	6	0.5	5	1.4
Community Residence / Établissement résidentiel communautaire	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 1	0	2	2	0.2	0	0.0
Unlicenced Residential Homes (retirement, rest, etc.) / Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 2	0	2	2	0.2	0	0.0
Nursing Home / Foyers de soins	1 0	0 0	0 0	1 0	3 0	1 2	35 47	41	49	90	7.3	10	2.8
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 0	0 0	1 0	0 0	2 1	0 0	4 19	7	20	27	2.1	4	1.1
Retirement complex / Complexe résidentiel pour retraités	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 – 19 M H / F	20 – 30 M H / F	31 – 40 M H / F	41 – 50 M H / F	51 – 60 M H / F	61 – 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Rooming/Boarding House/Halfway Home/ Group Home / Chambre louée/maison de pension/maison de transition/foyer de groupe	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	8 4	3 0	12 4	39 21	77 37	144 65	275 259	558	390	948	77.0	282	79.6
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	0 0	1 0	2 0	0 1	4 2	3 3	10	6	16	1.3	7	2.0
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	2	0	2	0.2	2	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F F	20 - 30 M H / F F	31 - 40 M H / F F	41 - 50 M H / F F	51 - 60 M H / F F	61 - 70 M H / F F	Over 70 / Plus de 70 M H / F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hospital Emergency NON DOA / Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	2 3	4	3	7	0.5	1	0.3
Hospital Operating Room / Salle d'opération	1 0	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	0 0	2	1	3	0.2	1	0.3
Hospital Post Op (recovery room) / Salle de réveil	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 1	1	1	2	0.2	1	0.3
Hospital – Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	5 0	0 0	2 0	4 2	4 5	8 9	33 17	56	33	89	7.2	23	6.4
Doctor's Office / Bureau du médecin	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1	1	2	0.2	0	0.0
School – Employee (Teacher, Janitor) / École – employé (professeur, concierge)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0	1	1	0.1	0	0.0
Gymnasium/Health Club / Gymnastique/club de conditionnement physique	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Custody Police Cell/Lock Up / Garde à vue/en cellule	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Police Prov. Jail/Detention Centre / Prison provinciale/centre de détention	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Urban outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	0 0	0 0	1 0	2 0	2 0	3 1	8	1	9	0.7	3	0.8
Rural outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiment ou des résidences)	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	2 0	0 0	3	0	3	0.2	3	0.8

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Crib, play pen, slide, swing / Berceau, parc d'enfant, glissoire, balançoire	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.1	1	0.3
Open Water (river, lake, stream, brook) / Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Camping / Tenting Camping / Tenting	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 1	1	1	2	0.2	1	0.3
Other Outdoor Recreation / Autres moyens de récréation extérieure	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Public Road (driver) / Route publique (conducteur)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	2 0	2	1	3	0.2	1	0.3
Public Road (passenger) / Route publique (passager)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 1	1 0	2	1	3	0.2	1	0.3
Public Road (pedestrian) / Route publique – (iéton)	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	0 0	2	0	2	0.2	2	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Public Transit (bus, train, etc.) / Transport public (autobus, train, etc.)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Males / Hommes	15	4	17	53	97	167	363	716					
Females / Femmes	5	0	4	23	47	80	355		514	1,230	100.0	354	100.0
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	20	4	21	76	144	247	718						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE F-1 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU F-1

rom/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Fredericton	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Miramichi	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Moncton	0 1	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	22.2	2	22.2
Saint John	1 0	0 0	1 0	1 1	0 0	0 0	0 0	3	1	4	44.5	4	44.5
Woodstock	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	11.1	1	11.1
Males / Hommes	2	0	2	2	0	0	0	6					
% Total - Males/Hommes	22.2	0.0	22.2	22.2	0.0	0.0	0.0	66.6					
Females / Femmes	2	0	0	1	0	0	0		3	9	100.0	9	100.0
% Total - Females/ Femmes	22.2	0.0	0.0	11.2	0.0	0.0	0.0		33.4				
Total for Age Group / Total par	4	0	2	3	0	0	0						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	44.5	0.0	22.2	33.3	0.0	0.0	0.0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE F-2 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU F-2

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drug / Drogue	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	11.1	1	11.1
Undetermined / Facteur de décès non déterminée	2 1	0 0	2 0	1 0	0 0	0 0	0 0	5	1	6	66.7	6	66.7
No Anatomical Cause / Aucune cause anatomique	0 1	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	22.2	2	22.2
Males / Hommes	2	0	2	2	0	0	0	6		9	100.0	9	100.0
Females / Femmes	2	0	0	1	0	0	0		3				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	4	0	2	3	0	0	0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE F-3 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU F-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Open Water (river, lake, stream, brook) / Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	11.1	1	11.1
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	11.1	1	11.1
Custody Police Cell/Lock Up / Garde à vue/en cellule	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	11.1	1	11.1
Homeless Shelter / Refuge pour sans-abri	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	11.1	1	11.1
Nursing Home / Foyers de soins	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11.1	1	11.1

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE F-3 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU F-3

from/de 2007.01.01 / to/au 2007.12.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	2 2	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2	2	4	44.5	4	44.5
Males / Hommes	2	0	2	2	0	0	0	6		9	100.0	9	100.0
Females / Femmes	2	0	0	1	0	0	0		3				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	4	0	2	3	0	0	0						

Schedule F

Undetermined Deaths
(Means of death impossible to determine)

There were nine deaths classified as Undetermined.

One was in the Fredericton Judicial District:

Death Factor: Undetermined
Environment: Homeless shelter
Age Group: 40- 50
Sex: Male
An autopsy was performed.

Four were in the Saint John Judicial District :

Case #1

Death Factor: Undetermined
Environment: Open water (river, lake, stream, brook)
Age Group: 30 - 40
Sex: Male
An autopsy was not performed.

Case #2

Death Factor: Undetermined
Environment: Rural outdoors (not built up place or near residence)

Age Group: 40 - 50
Sex: Male
An autopsy was performed.

Tableau F

Décès d'origine inconnue
(Moyen de décès impossible à déterminer)

Neuf décès ont été classés dans la catégorie de décès d'origine inconnue.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Fredericton :

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : Refuge pour sans-abri
Groupe d'âge : 40 - 50
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Quatre décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Saint-Jean :

Premier cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : Eaux libres (fleuve, rivière, ruisseau, lac)
Groupe d'âge : 30 - 40
Sexe : Homme
Une autopsie n'a pas été pratiquée.

Deuxième cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)
Groupe d'âge : 40 - 50
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Undetermined Deaths (continued)
(Means of death impossible to determine)

Case #3

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside, residence or on property

Age Group: 0 - 10
Sex: Unknown
An autopsy was performed.

Case #4

Death Factor: Undetermined
Environment: Nursing Home
Age Group: 40 - 50
Sex: Female
An autopsy was performed.

One was in the Woodstock Judicial District

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside residence
Age Group: 0 - 10
Sex: Female
An autopsy was performed.

One was in the Miramichi Judicial District:

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside, residence or on property

Age Group: 0- 10
Sex: Male
An autopsy was performed.

Décès d'origine inconnue (suite)
(Moyen de décès impossible à déterminer)

Troisième cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Inconnue
Une autopsie a été pratiquée.

Quatrième cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : Foyers de soins
Groupe d'âge : 40 - 50
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Woodstock :

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : Dans une résidence
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Miramichi :

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Undetermined Deaths (continued)
(Means of death impossible to determine)

Two were in the Moncton Judicial District :

Case #1

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside, residence or on property

Age Group: 0 - 10
Sex: Female
An autopsy was performed.

Case #2

Death Factor: Undetermined
Environment: Custody Police Cell/ Lock Up
Age Group: 30 - 40
Sex: Male
An autopsy was performed.

Décès d'origine inconnue (suite)
(Moyen de décès impossible à déterminer)

Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Moncton :

Premier cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur la propriété
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Deuxième cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : Garde à vue/en cellule
Groupe d'âge : 30 - 40
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Summary of Inquests and Recommendations

Four inquests were held during the reporting period. This report mentions the replies received by the Office of the Chief Coroner as of December 2008, in response to the recommendations on inquests conducted in 2007.

Inquest No. 1 - Kevin Geldart

A coroner's inquest was held from February 21-March 2, 2007 in Moncton, N.B. into the death of Kevin Geldart. The inquest dealt with two primary themes (1) the fact that Kevin suffered from mental illness and left hospital while an involuntary patient and (2) that when detained by the police to be returned to hospital for treatment, he died. Consequently, the inquest addressed the appropriateness of the response to his medical needs and the appropriateness of police response when he was in crisis.

At the time of his death, Kevin was on a number of psychiatric medications and the toxicological screen showed very high levels of olanzapine (zyprexa). However, the toxicologist testified that the drug was artificially elevated and did not cause the death since the sample had not been taken from the body's extremities. The initial post mortem showed no anatomical cause of death and after an expert in Miami was consulted, the pathologist concluded that the cause of death could be attributed to excited delirium. An expert on excited delirium stated that this is not a diagnosis but a state or syndrome that occurs when the person has exhausted their metabolic capabilities and experiences cardio pulmonary collapse. Although there is no physical evidence of this at autopsy, it is believed to be metabolic.

Résumé des enquêtes et des recommandations

Quatre enquêtes ont été tenues au cours de la période couverte par ce rapport. On y trouve les réponses reçues par le Bureau du coroner décembre 2008 relativement aux recommandations effectuées lors des enquêtes menées au cours de année 2007.

Première enquête – Kevin Geldart

Une enquête du coroner a été tenue du 21 février au 2 mars 2007 à Moncton, au Nouveau-Brunswick, relativement au décès de Kevin Geldart. Cette enquête portait sur deux thèmes : 1) le fait que M. Geldart était atteint d'une maladie mentale et qu'il avait quitté l'hôpital alors qu'il y était interné sans son consentement et 2) le fait qu'il est décédé alors qu'il était détenu par la police en vue d'être ramené à l'hôpital pour y être traité. L'enquête avait donc pour but d'examiner à la fois l'à-propos du traitement médical offert à M. Geldart et la qualité de l'intervention policière alors que M. Geldart était en crise.

Au moment de son décès, M. Geldart prenait de nombreux médicaments pour traiter ses problèmes psychiatriques et l'analyse toxicologique a révélé la présence d'un taux élevé d'olanzapine (Zyprexa). Le toxicologue a toutefois déclaré que ce taux n'était pas aussi élevé qu'il n'y paraissait puisque le prélèvement aurait dû être effectué sur une extrémité, ce qui n'a pas été le cas. Il a aussi déclaré que le médicament en question n'avait pas entraîné la mort de M. Geldart. Lors de l'autopsie initiale, on n'a pas trouvé de cause anatomique au décès. Après consultation avec un expert de Miami, le pathologiste a conclu que le décès pourrait avoir été causé par un délire agité. Un expert du délire agité a expliqué qu'il ne s'agissait pas là d'un diagnostic, mais plutôt d'un état ou d'un syndrome survenant lorsque la personne a épuisé sa capacité métabolique et succombe à un collapsus cardiopulmonaire. On pense qu'il s'agit d'un trouble métabolique qui ne laisse aucune trace décelable physiquement.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

Kevin was a 34 year-old male who was diagnosed in his late teens with bipolar disorder. His care was managed primarily by Community Mental Health Services with periodic episodes of acute illness during which he would be admitted to hospital. He had been a patient of the Psychiatry Unit, including the Concentrated Nursing Care (CNC) Unit, and had been admitted as an involuntary patient on several occasions during his adult life.

Unable to work, he was receiving a small disability allowance and resided in his parent's home where the Mental Health records indicate there were relationship problems. According to the Mental Health records, there was a strong family history for mental illness, including both parents. His compliance with prescribed medications varied throughout the course of his illness. He had a Body Mass Index (BMI) of 40 and his use of psychotropic medications exacerbated his weight problems. He used cannabis recreationally on a regular basis which also made his condition difficult to manage.

The three most recent hospitalizations for psychiatric care prior to his death were in July 2001, November 2003 and May 2005. Kevin was taken into custody by the RCMP under the *Mental Health Act* prior to his admission in November 2003. During this detainment, Kevin was initially uncooperative and the officer ultimately used a taser gun to gain cooperation. The taser was deployed in probe mode and although Kevin did not have complete loss of muscle control, the officer was able to take him back to hospital for treatment.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

M. Geldart était âgé de 34 ans. On avait diagnostiqué chez lui un trouble bipolaire à la fin de l'adolescence. Son état avait été essentiellement pris en charge par les Services de santé mentale communautaires, mais il avait dû être hospitalisé à plusieurs reprises en période de crise. Il avait déjà séjourné à l'unité psychiatrique ainsi qu'à l'unité de soins infirmiers intensifs. Il avait dû être admis contre son gré à l'hôpital à de nombreuses reprises au cours de sa vie adulte.

Incapable de travailler, M. Geldart recevait une petite allocation d'invalidité et résidait chez ses parents. Selon les dossiers des Services de santé mentale, l'homme avait des problèmes relationnels et il y avait d'importants antécédents de maladie mentale dans la famille, y compris chez ses deux parents. L'observance du traitement chez M. Geldart a toujours été très variable. M. Geldart avait un indice de masse corporelle (IMC) de 40 et ses problèmes de poids étaient exacerbés par les médicaments psychotropes qu'il prenait. Il consommait également régulièrement du cannabis pour son plaisir, ce qui compliquait beaucoup la prise en charge de son état.

Avant son décès, M. Geldart avait été hospitalisé à trois reprises en raison de ses problèmes psychiatriques : en juillet 2001, en novembre 2003 et en mai 2005. Avant son admission à l'hôpital en novembre 2003, M. Geldart avait dû être arrêté par la GRC en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Lors de sa détention, M. Geldart s'était au départ montré peu coopératif et l'agent avait dû utiliser une arme à impulsion Taser pour obtenir sa collaboration. L'arme avait alors été utilisée en mode « électrodes », ce qui avait permis au policier de le ramener à l'hôpital même si M. Geldart n'avait pas entièrement perdu la maîtrise de ses muscles.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

The incident in May 2005 that led to his last hospitalization and intervention by the police occurred when Kevin himself called 911 for assistance. He was experiencing religious hallucinations and the responding officer found that Kevin was out of touch with reality. Through dialogue, he was able to gain Kevin's cooperation during periods of lucidity that he called "windows of opportunity". On this occasion, he had disorganized speech, delusions, agitation, and psychotic, aggressive behaviours and the RCMP officer took him to The Moncton City Hospital. After some delays, he was admitted to the concentrated care area of the psychiatric department under the authority of the *Mental Health Act*. Officers testified to the challenges of trying to maintain custody of an individual who is mentally ill and the humiliation these individuals experience when access to service is delayed.

On the third day of his stay (May 5), he was moved from the CNC unit to the open ward as he appeared to be doing well. At approximately 2100 hours that evening, he stated he was going outside for a cigarette and did not come back. Kevin left the ward and was required to come back and when he did not, no alarm bells went off and no repercussions were evident from policy.

From witness testimony, it was evident that Kevin was gone close to an hour before hospital staff notified 911. Moreover, an additional 50 minutes passed before officers were notified that a mental health patient had to be returned to the hospital for treatment.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

L'incident survenu en mai 2005 avait également nécessité l'intervention de la police et l'hospitalisation subséquente de M. Geldart. Cependant, c'est M. Geldart lui-même qui avait composé le 911 pour obtenir de l'aide. M. Geldart était alors en proie à un délire religieux et l'agent qui s'est rendu sur les lieux a constaté qu'il avait perdu tout contact avec la réalité. En parlant avec M. Geldart, il a pu s'assurer sa coopération lors de courts moments de lucidité qu'il a qualifiés « d'occasions à saisir ». Lors de cet épisode, M. Geldart tenait des propos décousus, était en proie à un délire, présentait un comportement agité et psychotique et se montrait agressif. Le policier de la GRC l'a amené à l'Hôpital de Moncton. Après un certain nombre de délais, on a finalement admis M. Geldart à l'unité des soins infirmiers intensifs (USII) de l'unité psychiatrique en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Les policiers ont témoigné de la difficulté de conserver la maîtrise d'une personne atteinte de maladie mentale de même que de l'humiliation subie par ces personnes lorsqu'on tarde à leur fournir les services qu'elles requièrent.

Au troisième jour de son séjour à l'hôpital (le 5 mai), on a transféré M. Geldart de l'USII à une aire ouverte où il semblait se sentir à l'aise. Vers 21 h ce soir-là, M. Geldart a déclaré qu'il allait fumer une cigarette dehors. Il n'est pas rentré. Puisque M. Geldart avait été autorisé à quitter l'aire ouverte, aucune alarme ne s'est déclenchée lorsqu'il n'est pas revenu et il ne semble pas non plus y avoir eu d'intervention immédiate à ce sujet.

Selon les témoignages fournis par des témoins, il semble que M. Geldart ait été absent près d'une heure avant que le personnel de l'établissement hospitalier compose le 911, et ce n'est que 50 minutes plus tard que les policiers ont été informés qu'un patient de l'unité psychiatrique avait quitté l'hôpital sans permission.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

Kevin had taken a taxi once he left the hospital and the taxi driver observed that he was "acting strange". He dropped Kevin off on Mountain Road but called 911 to express his concerns. At approximately 2215, Kevin arrived at a licensed establishment on Orange Lane, several blocks away from the drop-off point. Bar staff and patrons similarly observed that he was "acting strange", including talking to himself in a mirror. His large stature (6' 6" in height and weighing 350 lbs) contributed to the overall concern felt by those in the bar. He did not purchase any alcohol. He left the bar, walked to the end of the street and returned to the bar. At that point, the staff called RCMP.

Police and civilian witnesses recounted what occurred when the police arrived. Civilian witnesses did not identify Kevin as violent but rather afraid and behaving strangely. Initially, two officers responded and when joined by their supervisor, attempted to take Kevin into custody. According to the responding officers, when they first arrived Kevin attempted to evade the officers. He ran outside, around the block and back into the bar.

Another officer arrived on scene to assist as well. Kevin was very agitated, running around the establishment and jumping over tables. He lunged at the officers, broke tables and bit one of the officers. Initially they were unable to place him in any type of restraint. They subsequently deployed a taser, discharging the weapon several times. The taser was initially deployed in probe mode from a standing position but both probes did not attach properly and did not immobilize him. Subsequently, another officer used Oleoresin

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

M. Geldart a pris un taxi à sa sortie de l'hôpital. Le conducteur du taxi a déclaré qu'il avait un « comportement étrange ». Il a laissé M. Geldart sur le chemin Mountain et a ensuite composé le 911 afin de signaler l'incident. Vers 22 h 15, M. Geldart est entré dans un débit de boisson situé sur l'allée Orange, à plusieurs pâtés de maison de l'endroit où le taxi l'avait déposé. Le personnel du bar et les clients ont également indiqué que M. Geldart avait un « comportement étrange » et qu'il se parlait en se regardant dans un miroir. Son imposante stature (6 pieds 6 pouces, 350 livres) a contribué à inquiéter les personnes présentes dans le bar. M. Geldart n'a pas acheté d'alcool. Il a quitté le bar, a marché jusqu'au bout de la rue et est revenu dans le bar. C'est à ce moment que le personnel du bar a appelé la GRC.

Les témoins présents dans le bar ainsi que les policiers ont témoigné des événements survenus dans le bar. Les témoins ont indiqué que M. Geldart n'était pas violent, mais qu'il semblait apeuré et qu'il se comportait bizarrement. Deux agents sont arrivés sur les lieux et ils ont ensuite été rejoints par leur supérieur. C'est à ce moment que les policiers ont tenté de maîtriser M. Geldart. Selon les agents, M. Geldart aurait tenté de fuir lorsqu'ils sont arrivés sur les lieux. Il se serait dirigé vers l'extérieur en courant, aurait fait le tour du pâté et serait ensuite revenu dans le bar.

Lorsqu'un quatrième agent est arrivé sur les lieux pour prêter main-forte à ses collègues, M. Geldart était très agité, courait dans le bar et sautait par dessus des tables. Il a tenté de frapper les policiers, a brisé des tables et a mordu un des agents. Étant incapables d'immobiliser M. Geldart, les policiers ont alors eu recours à une arme à impulsion Taser et ont envoyé plusieurs décharges. L'arme avait initialement été placée en mode « électrodes » en position verticale, mais les deux électrodes n'ont pas réussi à s'attacher correctement au corps de

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

Capsicum (OC) spray and the taser in touch mode on the shoulders several times. Since Kevin was moving a lot, the officer was not able to say how many times he used it and testified that it may have been on continuously.

During the struggle, four officers could barely hold him down. He was ultimately restrained using two sets of handcuffs for his wrists and disposable leg shackles for his ankles. Following the struggle, he went into cardiac arrest. Events unfolded very quickly and the incident resulting in Kevin's death occurred in a span of 5-7 minutes, 10 minutes at most.

CPR was immediately commenced by another RCMP member who arrived during the incident and continued until EMT's arrived. He was transported to the Georges Dumont Hospital where emergency personnel continued resuscitation efforts for another 20 minutes. Death was pronounced at 23:42 hours.

The pathologist attributed the death to excited delirium based on the balance of probabilities, the clinical features and circumstances of the case. He found no neck fractures, no evidence of pressure on the neck and no evidence of asphyxia. However, he noted that Kevin's underlying asthma, bipolar disease, obesity, use of marijuana and body position during the struggle may have been contributory factors in his death.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

M. Geldart et ne l'ont pas immobilisé. Un des agents a alors lancé un jet de gaz poivré (oléorésine capsicum) et a utilisé l'arme en mode « contact » à plusieurs reprises sur les épaules de M. Geldart. Puisque M. Geldart bougeait beaucoup, l'agent n'a pas été en mesure de dire combien de fois il avait réussi à toucher M. Geldart avec l'arme. Il a aussi indiqué que l'arme pourrait avoir été en marche continuellement.

Les quatre agents ont eu toutes les peines du monde à immobiliser M. Geldart au cours de l'échauffourée. Une fois immobilisé, il a fallu utiliser deux paires de menottes et lui attacher les chevilles avec un dispositif jetable. C'est alors que M. Geldart a fait un arrêt cardiaque. Tout s'est ensuite déroulé très rapidement et M. Geldart est décédé dans un délai de 5 à 7 minutes, 10 minutes tout au plus.

Un cinquième agent, qui était arrivé sur les lieux sur l'entrefaite, a commencé les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire et les a poursuivies jusqu'à l'arrivée des ambulanciers. M. Geldart a été transporté à l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont, où le personnel des urgences a poursuivi les manœuvres de réanimation pendant encore 20 minutes. Le décès de M. Geldart a été prononcé à 23 h 42.

Le pathologiste a attribué le décès à un délire agité en fonction des probabilités, des caractéristiques cliniques et des circonstances du décès. Le pathologiste n'a relevé aucune trace de fracture du cou, de pression exercée sur le cou ni d'asphyxie. Il a toutefois indiqué que le fait que M. Geldart souffrait d'asthme, d'un trouble bipolaire et qu'il fumait de la marijuana de même que la position de son corps pendant qu'on l'immobilisait pourraient avoir contribué à entraîner son décès.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

The events of May 5 led to testimony on the appropriateness of the police response to the crisis since the *Mental Health Act* requires police to respond when a call for assistance is made. The Major Crime Unit of the RCMP J Division investigated the circumstances of the death. Witnesses confirmed that there is no training nor protocols to deal with psychiatric patients, despite the high volume of calls. In 2006, RCMP J Division alone received 2,905 calls for service under the *Mental Health Act*. The RCMP's national training coordinator provided a detailed explanation of when the Conducted Energy Weapon (CEW) or taser was introduced by the RCMP. He described the type of training provided by the RCMP on handling all incidents and where the taser fits on the Incident Management Intervention Model (IMIM). The CEW used in this case was an M26, the model currently in use by the RCMP in New Brunswick.

The RCMP's expert analysed the data from the M26 for consistency with the reports completed by the officers. The entries exceeded the number of times the officers testified they had fired the weapon and the expert was unable to explain entries made after the weapon had been seized, following the death. He was unable to precisely interpret the entries and accurately state the number of firings because of limitations with the model. There is a newer model, the X26, which has improved data capture, accurately reflects the number of times the unit was deployed and the length of exposure each time it is deployed. He confirmed that he is the sole member with the authority and capability of downloading the data and that the device cannot be tampered with to alter the data.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Les événements du 5 mai ont amené la police à s'interroger sur l'à-propos de l'intervention policière au cours de cet incident puisque les policiers sont tenus de prêter main forte lorsqu'on fait appel à eux en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. L'unité des crimes graves de la Division J de la GRC a enquêté sur les circonstances du décès. Des témoins ont confirmé qu'il n'existe actuellement ni formation précise, ni protocole d'intervention pour la prise en charge des patients psychiatriques, et ce, en dépit du grand nombre d'appels reçus à ce sujet par la GRC. En 2006, la Division J de la GRC a reçu 2 905 appels en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Le coordonnateur chargé de la formation à l'échelle nationale pour la GRC a fourni des explications détaillées relativement au moment où la GRC a commencé à se servir de l'arme à impulsion Taser. Il a aussi décrit le type de formation fournie à ce sujet par la GRC et la place réservée à cette arme dans le modèle d'intervention pour la gestion des incidents. L'arme utilisée dans ce cas précis était un modèle M26, soit le modèle actuellement utilisé par les agents de la GRC au Nouveau-Brunswick.

L'expert de la GRC a analysé les données tirées du M26 afin de vérifier si elles concordaient avec les rapports d'incident fournis par les agents. Le nombre de décharges enregistrées par l'appareil excédait le nombre indiqué par les agents sur leur rapport et l'expert a été incapable d'expliquer cet excédent de données suivant la saisie de l'arme, après le décès de la victime. Il a également été incapable d'interpréter précisément les données en présence et d'indiquer clairement le nombre de décharges ayant été déclenchées en raison des limitations inhérentes au modèle. Il existe un nouveau modèle de Taser, le X26, qui possède une meilleure capacité de saisie de données, ce qui permet de savoir exactement combien de fois l'arme a été déclenchée ainsi que la durée exacte de chaque décharge. L'expert a aussi confirmé qu'une seule personne au sein de l'unité était autorisée et habilitée à télécharger les données enregistrées par l'appareil et qu'il était impossible de falsifier de telles données.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

An expert from Public Safety testified that while the Department requires police agencies to have policies in specific areas, such as the use of CEWs, they do not prescribe the content. The Department plans to issue a best practice policy on the use of CEWs by June 2007. Several municipal police forces have acquired CEWs and are required to file reports on their use, although the RCMP's reports on use of CEWs are filed only with RCMP National Headquarters.

An expert from John Hopkins University testified on the effects of electricity on living things. He stated that although the effects of the M26 Taser are painful, it is not lethal in probe mode since the duration of the pulse is very short and the voltage drops rapidly on impact. However, in touch mode, if the trigger is not released and the pulses are repeated, the contractions are stronger on a smaller area of tissue.

An expert who co-authored the Canadian Police Research Centre's (CPRC) study on conducted energy weapons, testified on the issue of excited delirium and the key findings of their research. The CPRC study concluded that there is no clear causal link to deaths from use of a CEW. However, the researchers recommended, where possible, to limit the number of multiple applications, avoid certain areas of the body in probe deployment because of risk of injury and to capitalize on the moment when it is used, to gain control.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Un expert du ministère de la Sécurité publique a indiqué que le ministère exige des corps policiers qu'ils se dotent de politiques relatives à certaines questions particulières, dont l'usage des armes à impulsion, mais qu'il ne dicte pas leur contenu. Le ministère compte publier une politique de meilleure pratique relative à l'usage des armes à impulsion d'ici juin 2007. Plusieurs corps policiers municipaux ont fait l'acquisition de telles armes et doivent présenter un rapport chaque fois qu'ils les utilisent. Les rapports relatifs à l'usage de ces armes par les agents de la GRC sont cependant acheminés exclusivement à l'administration centrale de la GRC.

Un expert de l'Université John Hopkins a témoigné des effets de l'électricité sur les êtres vivants. Selon lui, bien que la décharge du modèle M26 d'arme à impulsion Taser est douloureuse, elle n'est pas mortelle en mode « électrodes » puisque la durée de la décharge est très courte et que le voltage diminue très rapidement au moment de l'impact. Cependant, en mode « contact », si on omet de relâcher la gâchette et que les décharges sont rapprochées, on suscite des contractions plus fortes dans une zone tissulaire plus restreinte.

Un des experts ayant mené conjointement une recherche sur les armes à impulsion pour le Centre canadien de recherches policières a donné des renseignements relatifs au délire agité et aux résultats obtenus lors de cette recherche. À la suite de cette étude, on a en effet conclu qu'il n'existait pas de lien causal évident lors des décès survenus à la suite de l'utilisation des armes à impulsion. Cependant, les chercheurs ont recommandé, dans la mesure du possible, de limiter le nombre de décharges multiples, d'éviter certains endroits du corps lors du lancement des électrodes afin de minimiser les risques de blessure et de profiter au maximum du moment où cette arme était utilisée pour tenter d'immobiliser la personne.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

Ontario's Deputy Chief Coroner confirmed that Ontario has 4-5 deaths annually attributed to excited delirium. He also noted that there remains on-going debate on the significance of positional restraint, particularly if the person has a BMI of 40 or greater and has been involved in a struggle.

Testimony from hospital officials focussed on two significant policy issues in regards to patient care:

(1) There was not a policy in place covering the course of action when a patient leaves the unit against orders

(2) There is an inherent conflict between the policy to observe patients every 15 minutes and the policy that allows involuntary patients to go out to smoke.

Following the death, the hospital formalized their policy to clarify the practice and expectations for everyone when an involuntary patient leaves against orders. Witness testimony also provided an explanation of the challenges of managing mental illness in the community. Witnesses explained that some jurisdictions use Community Treatment Orders which require patients to take medications and ensure compliance, without hospitalization.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Le coroner adjoint de l'Ontario a confirmé qu'on enregistrait annuellement quatre ou cinq décès des suites d'un délire agité. Il a aussi indiqué qu'un débat était toujours en cours quant à l'incidence du positionnement du corps au cours des manœuvres d'immobilisation lorsque la personne a un IMC égal ou supérieur à 40 et lorsqu'il y a eu résistance de sa part.

Les représentants de l'hôpital ont témoigné relativement à deux importantes questions sur les politiques de soins aux patients :

(1) L'inexistence d'une politique relative aux mesures à prendre lorsqu'un patient interné contre son gré quitte l'unité sans y avoir été autorisé.

(2) L'incohérence entre la politique prônant l'observation des patients toutes les 15 minutes et la politique permettant aux personnes internées contre leur gré de sortir de l'unité pour aller fumer dehors.

À la suite de ce décès, l'hôpital a rectifié ses politiques afin de préciser clairement l'attitude à adopter et les mesures à prendre lorsqu'un patient quitte l'unité sans autorisation. Des témoins sont également venus faire le compte rendu des défis inhérents à la prise en charge des patients atteints de maladie mentale dans la communauté. Des témoins ont aussi expliqué comment certaines instances avaient recours à des ordonnances de traitement en milieu communautaire afin d'obliger les patients à prendre leurs médicaments et à être fidèles à leur traitement sans qu'il soit nécessaire de les hospitaliser.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

The medical treatment during the May 2005 stay and several years prior, both in hospital and the community, was assessed by an independent expert. His testimony was that the diagnosis and medication regimen was appropriate but the care was complicated by Kevin's use of cannabis and non-adherence to medications.

The expert flagged the issue of risk management in the hospital and stated that "risk management is an issue in psychiatric care and this cannot be overstated". If a patient is brought to hospital and detained under the *Mental Health Act*, there must be a risk assessment and he also flagged the concern of time lost before authorities were notified. His analysis was that the care and documentation were appropriate for the management of his symptoms but the rationale for the decisions was not documented. The expert also noted that it was unclear what happens when policies are breached.

There were no issues identified with services provided by Emergency Services personnel. Witnesses testified that emergency room staff at the Georges Dumont Hospital did not have timely access to medical records from the Moncton City Hospital. However, they acknowledged that it would not have changed the outcome in this case.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Un expert indépendant a témoigné relativement à la pertinence du traitement médical administré à M. Geldart en mai 2005 de même qu'au cours des années qui ont précédé cet incident, tant à l'hôpital que dans la communauté. Selon lui, le diagnostic et la pharmacothérapie employée étaient appropriés, mais les soins ont été compliqués par le fait que M. Geldart consommait du cannabis et qu'il n'était pas fidèle à son traitement.

L'expert a également traité de la question de la gestion du risque en milieu hospitalier. Il a indiqué que « la gestion du risque constitue un problème en matière de soins psychiatriques et qu'on ne saurait trop insister sur cette problématique ». Selon lui, il faut absolument procéder à une évaluation du risque lorsqu'un patient est hospitalisé contre son gré en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Cet expert a également souligné le temps écoulé entre le moment où le patient a disparu et le moment où les autorités ont été informées de la situation. Selon lui, les soins et la documentation produite étaient appropriés en fonction des symptômes du patient, mais les raisons motivant la prise de ces décisions n'avaient pas été précisées. L'expert a aussi souligné le fait que rien n'avait été clairement prévu en cas de non respect des politiques.

Aucune question n'a été soulevée relativement aux soins fournis par le personnel des urgences de l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont. Des témoins ont indiqué que le personnel des urgences n'avait pas pu avoir accès en temps opportun aux dossiers médicaux de l'Hôpital de Moncton, mais que cela n'aurait rien changé à l'issue de ce cas.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

The jury and the presiding coroner made recommendations. The jury endorsed all the recommendations submitted by the South-East Regional Health Authority.

RECOMMENDATIONS OF THE JURY

1. We recommend that seminars regarding mental health issues be implemented in their yearly training (police officers, EMTs, hospital staff).

2. We recommend that the instructor for conducted energy weapons must be recertified as an instructor every five (5) years.

3. We recommend that the sign in/out log for the taser should include the test firing date and time.

4. We recommend that a 911 call dispatch to a police service in regard to a mental health issue, an ambulance should be dispatched at the same time. In regards to this, the dispatch worker should obtain more information from the caller.

5. Each conducted energy weapon (CEW) should be calibrated yearly to ensure its accuracy with respect to date and time.

6. When responding to a suspected "excited delirium" call, officer should advise for a "back up" and verify that EMT has been dispatched.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Le jury et le coroner ont formulé leurs recommandations. Le jury a entériné toutes les recommandations présentées par la Régie régionale de la santé du Sud-Est.

RECOMMANDATIONS DU JURY

1. Nous recommandons que la formation annuelle des agents de police, des techniciens ambulanciers et des membres du personnel hospitalier comprenne des ateliers sur des questions liées à la santé mentale.

2. Nous recommandons que les instructeurs offrant une formation sur les armes à impulsions soit agréés à nouveau tous les cinq ans.

3. Nous recommandons que le registre d'entrée et de sortie des armes Taser comprenne la date et l'heure des tirs d'essai.

4. Nous recommandons qu'une ambulance soit également dépêchée sur les lieux lorsqu'un appel 911 est acheminé à un service de police au sujet d'une personne pouvant souffrir de troubles mentaux. Le répartiteur doit par conséquent obtenir davantage de renseignements de la personne qui appelle.

5. Chaque arme à impulsions devrait être calibrée tous les ans afin d'assurer son exactitude, et la date et l'heure de la calibration devraient être inscrites au registre.

6. Lorsqu'un agent répond à un appel concernant une personne soupçonnée d'être en état de délire agité, il devrait demander du renfort et s'assurer que des techniciens ambulanciers ont été dépêchés.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

7. We recommend a forum be done with the main subject to be mental health in the community and inside the hospitals. Topics could include: community {treatment} order{s}, hospital follow-up, support for families with mental health issues.

8. We recommend that a review should be done on existing community {treatment} order programs.

9. For a community follow-up, we recommend a review be done on a possibility of having outreach workers (like VON or Extra Mural) go to residential area for administering medication on non-compliant patient, as per psychiatrist. This would encourage compliance from patient{s} to take their medication and also develop the patient's wellness.

10. We recommend mental health patients should have the accessibility to psychiatric medication regardless of their financial situation.

11. We recommend a critical incident stress debriefing should be provided to staff affected by any incident deemed necessary.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

7. Nous recommandons la tenue d'un forum portant principalement sur la santé mentale dans la communauté et les hôpitaux. Le forum devrait traiter des questions suivantes : l'ordre public, le suivi du service hospitalier, et les services de soutien pour les familles aux prises avec des questions de santé mentale.

8. Nous recommandons un examen des programmes d'ordre public qui existent à l'heure actuelle.

9. En ce qui concerne le suivi dans la collectivité, nous recommandons d'étudier la possibilité de demander aux membres du personnel de services d'approche, comme les infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada ou le personnel extra-mural, de se rendre à la demeure de patients récalcitrants pour s'assurer qu'ils prennent leur médicaments conformément aux directives de leur psychiatre. Il serait ainsi possible d'encourager les patients à prendre leurs médicaments comme il se doit et d'assurer leur mieux-être.

10. Nous recommandons que les personnes souffrant de troubles mentaux aient accès aux médicaments requis peu importe leur situation financière.

11. Nous recommandons d'offrir au personnel touché des séances d'information sur le stress causé par un incident critique au besoin.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

12. We, the Jury, accept the recommendations from the South-East Regional Health Authority from 1 to 5. We want to add #6 – "To hold annual education sessions for ER physicians, registered nurses, psychiatrists and attendances on non-violence crisis intervention and mental health issues."

Recommendations from the South-East Regional Health Authority (See Jury Recommendation # 12).

12.1 That South-East Regional Health Authority be considered as a pilot region for use of a shared electronic medical record keeping mechanism. The use of CSDS (Client Service Delivery System) will be utilized to share pertinent health care information to ensure proper follow-up care between Mental Health In-patient Psychiatric Care, Community Mental Health, Emergency Mental Health and Addiction Services. This would highly increase our ability to offer more complimentary care to persons with dual diagnosis/concurrent disorders.

12.2 That South-East Regional Health Authority consider a full review of smoking on site and offer alternate options for psychiatric in-patients.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

12. Nous, les membres du jury, acceptons les cinq recommandations formulées par la Régie régionale de la santé du Sud-Est. Nous formulons une sixième recommandation comme suit : « Tenir des séances de formation annuelles sur l'intervention non violente en situation d'urgence et les questions liées à la santé mentale à l'intention des urgentologues, du personnel infirmier immatriculé, des psychiatres et des préposés. »

Recommandations de la Régie régionale de la santé du Sud-Est

12.1 Que la Régie régionale de la santé du Sud-Est fasse l'objet d'un projet-pilote visant l'utilisation d'un système électronique conjoint pour la tenue des dossiers médicaux. Le Système de prestation de services aux clients (SPSC) servira au partage de renseignements sur les soins de santé de façon à assurer des services de suivi adéquats par les unités psychiatriques des hôpitaux, les centres de santé mentale communautaires, les services de santé mentale d'urgence et les services de traitement des dépendances. Il nous serait ainsi possible de fournir des soins supplémentaires aux personnes qui souffrent de troubles multiples ou concomitants.

12.2 Que la Régie régionale de la santé du Sud-Est étudie la possibilité d'examiner minutieusement sa directive sur l'usage du tabac et offre des solutions de rechange aux personnes hospitalisées qui souffrent de troubles mentaux.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

12.3 That consideration be given for better staffing allotments because of a growing population base in the Moncton area hence the need to recognize the increased number of mentally ill clients needing more timely access to mental health care and addiction services in the Moncton region. This should be done in order to ensure a balanced network of institutional and community based mental health services.

12.4 To periodically review and practice our response mechanisms for involuntary patients leaving the psychiatric unit.

12 5 To hold periodic education sessions for ER physicians and psychiatrists on the use of the certificate of examination, "Form 1".

13. We recommend that the time duration for examination of a mental health patient brought in under a Section 10 should be assessed in a timely manner.

14. We recommend that in a life and death situation medical records would be provided without consent.

15. We recommend that the risk factor should be recorded in the medical files.

16. When samples are drawn for analysis (i.e. toxicological testing) indicate on vials from where on body the sample has been drawn.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

12.3 Qu'il faut étudier la possibilité d'augmenter les niveaux de dotation en personnel en raison de la croissance démographique de la région de Moncton, étant donné qu'un nombre croissant de personnes ont besoin d'avoir accès, dans des délais raisonnables, aux services de soins de santé mentale et de traitement des dépendances dans la région. Il serait ainsi possible de compter sur un réseau équilibré de services de santé mentale en établissement et dans la communauté.

12.4 Qu'il faut régulièrement examiner et mettre en pratique la marche à suivre lorsqu'un patient récalcitrant quitte l'unité des soins psychiatriques.

12.5 Qu'il faut tenir des séances de formation régulières sur l'utilisation du certificat d'examen (formule 1) à l'intention des médecins et des psychiatres des services d'urgence.

13. Nous recommandons que l'examen de personnes souffrant de troubles mentaux qui sont conduites à un service médical en vertu de l'article 10 soit effectué dans des délais raisonnables.

14. Nous recommandons qu'il soit possible d'avoir accès aux dossiers médicaux d'une personne sans son consentement dans des situations de vie ou de mort.

15. Nous recommandons que le facteur de risque soit noté dans les dossiers médicaux.

16. Nous recommandons d'indiquer sur les flacons la partie du corps d'où proviennent les échantillons prélevés pour l'analyse (p. ex. : analyse toxicologique).

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

RECOMMENDATIONS OF THE PRESIDING CORONER

1. That police agencies in the Province of New Brunswick give consideration to having an independent agency conduct investigations when their agency has a death in custody so as to ensure a timely and arms length investigation.

2. That police agencies in the Province of New Brunswick develop policies on the use of conducted energy weapons including the requisite training in conjunction with Policing Services.

3. That adherence to the aforementioned policies be assessed in the audit of police forces conducted by Policing Services.

4. That all police agencies in the Province provide use of force reports, including reports on deployment of conducted energy weapons, to Policing Services for statistical purposes and to ensure adherence to policy.

The recommendations were forwarded to the Departments of Health and Public Safety. The recommendations were also forwarded to the Schizophrenia Society of N. B., College of Physicians & Surgeons, Canadian Mental Health Association, N. B. Medical Society and RCMP "J" Division.

The Schizophrenia Society of New Brunswick (SSNB) Board advised that they reviewed and highly support the recommendations. SSNB is prepared to assist in order to ensure that the recommendations are carried out.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

RECOMMANDATIONS DU CORONER ENQUÊTEUR

1. Que les services de police du Nouveau-Brunswick étudient la possibilité de demander à un organisme indépendant de tenir une enquête si une personne meurt pendant qu'elle est sous leur garde afin d'assurer qu'une enquête soit effectuée de façon indépendante et dans des délais raisonnables.

2. Que les services de police du Nouveau-Brunswick élaborent des directives sur l'utilisation des armes à impulsions, notamment sur la formation requise, en collaboration avec la Section des services de police.

3. Que la Section des services de police vérifie si les services de police respectent ces directives dans ses vérifications périodiques.

4. Que tous les services de police du Nouveau-Brunswick fournissent des rapports sur l'usage de la force, incluant des rapports sur le déploiement d'armes à impulsions, à la Section des services de police afin que cette dernière puisse recueillir des statistiques à cet égard et s'assurer que les services de police respectent la directive.

Les recommandations ont été acheminées au ministère de la Santé et au ministère de la Sécurité publique. Elles ont également été envoyées à la Société de schizophrénie du Nouveau-Brunswick, au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, à l'Association canadienne de la santé mentale, à Société médicale du Nouveau-Brunswick et à la Division J de la GRC.

Le conseil d'administration de la Société de schizophrénie du Nouveau-Brunswick fait savoir qu'il a examiné les recommandations et qu'il leur est grandement favorable. La SSNB est disposée à prêter main forte pour assurer la mise en œuvre des recommandations.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

Recommendation #1

We recommend that seminars regarding mental health issues be implemented in their yearly training (police officers, EMTs, hospital staff).

The Minister of Health advised that continuing education of emergency medical personnel is conducted by either the professional association, the Paramedic Association of New Brunswick, or the employer, Ambulance New Brunswick. This recommendation will be communicated to the association and the employer for their consideration.

The Canadian Mental Health Association, NB Division, advised that they support the recommendations on training and education for justice and health care workers in regards to mental health consumers. They further advised that they are currently dialoguing with the Departments of Justice and Health in an effort to build partnerships to address these recommendations.

The Department of Public Safety advised that this recommendation will be brought to the attention of all police forces in the Province of New Brunswick.

Recommendation #2

We recommend that the instructor for conducted energy weapons must be recertified as an instructor every five (5) years.

The Commanding Officer of the RCMP "J" Division advised that the training requirements for users and instructors are monitored and adjusted as necessary.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Recommandation n° 1

Nous recommandons que la formation annuelle des agents de police, des techniciens ambulanciers et des membres du personnel hospitalier comprenne des ateliers sur des questions liées à la santé mentale.

Le ministre de la Santé fait savoir que le perfectionnement professionnel des membres du personnel médical d'urgence est dispensé soit par leur association professionnelle, l'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick, ou par l'employeur, Ambulance Nouveau-Brunswick. Cette recommandation sera communiquée à l'association et à l'employeur pour examen.

La division du Nouveau-Brunswick de l'Association canadienne pour la santé mentale fait savoir qu'elle soutient les recommandations visant la formation des travailleurs dans le domaine de la justice et des soins de santé et leur sensibilisation à l'égard des clients en matière de santé mentale. La division est actuellement en pourparlers avec le ministère de la Justice et de la Consommation et le ministère de la Santé afin d'édifier des partenariats qui donneront suite à ces recommandations.

Le ministère de la Sécurité publique fait savoir que cette recommandation sera portée à l'attention des services de police de l'ensemble du Nouveau-Brunswick.

Recommandation n° 2

Nous recommandons que les instructeurs offrant une formation sur les armes à impulsions soit agréés à nouveau tous les cinq ans.

Le commandant divisionnaire de la Division J de la GRC fait savoir que les exigences en matière de formation visant les utilisateurs et les instructeurs font l'objet d'une surveillance et qu'elles sont révisées au besoin.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

The Minister of Public Safety advised that through the assistance of staff within the Policing Services Section, a "best practices" policy model has been developed that supports all of the points covered in this recommendation. The policy will be proceeding through the final stages of scrutiny by the Ad Hoc Policy Committee of the NB Association of Chiefs of Police for final approval and proposed adoption by all Chiefs of Police.

Recommendation #3

We recommend that the sign in/out log for the taser should include the test firing date and time.

The Minister of Public Safety advised that through the assistance of staff within the Policing Services Section, a "best practices" policy model has been developed that supports all of the points covered in this recommendation. The policy will be proceeding through the final stages of scrutiny by the Ad Hoc Policy Committee of the NB Association of Chiefs of Police for final approval and proposed adoption by all Chiefs of Police.

Recommendation #4

We recommend that a 911 call dispatch to a police service in regard to a mental health issue, an ambulance should be dispatched at the same time. In regards to this, the dispatch worker should obtain more information from the caller.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Le ministre de la Sécurité publique fait savoir que grâce à l'aide apportée par le personnel de la Section de la direction des services de police, une directive modèle de « pratiques exemplaires » a été élaborée de façon à appuyer chacun des énoncés de cette recommandation. Cette directives sera soumise aux étapes finales d'un examen minutieux par le comité spécial sur les politiques de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick, qui lui donnera son approbation finale et proposera son adoption par tous les chefs de police.

Recommandation n° 3

Nous recommandons que le registre d'entrée et de sortie des armes Taser comprenne la date et l'heure des tirs d'essai.

Le ministre de la Sécurité publique fait savoir que grâce à l'aide apportée par le personnel de la Section de la direction des services de police, une directive modèle de « pratiques exemplaires » a été élaborée de façon à appuyer chacun des énoncés de cette recommandation. Cette directives sera soumise aux étapes finales d'un examen minutieux par le comité spécial sur les politiques de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick, qui lui donnera son approbation finale et proposera son adoption par tous les chefs de police.

Recommandation n° 4

Nous recommandons qu'une ambulance soit également dépêchée sur les lieux lorsqu'un appel 911 est acheminé à un service de police au sujet d'une personne pouvant souffrir de troubles mentaux. Le répartiteur doit par conséquent obtenir davantage de renseignements de la personne qui appelle.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

The Minister of Health advised that there are protocols in place respecting all 911 calls, which involve an assessment of criteria leading to the dispatch of an ambulance. A call which relates to a mental health issue will be assessed according to these criteria. The dispatch of an ambulance to every call of this nature may serve to further stigmatize patients suffering from mental health issues. This is something which the community of mental health professionals strongly discourages.

The Minister of Public Safety advised that currently all calls involving injury that require immediate medical attention are transferred by the 911 operator to the ambulance dispatch centres for them to review and dispatch as per their protocols. The Director of NB 911 will address this recommendation with the 911 Public Safety Answering Points management and Ambulance New Brunswick through a review of existing operational guidelines to determine what additions are necessary to accomplish the intent of the recommendation.

Recommendation #5

Each conducted energy weapon (CEW) should be calibrated yearly to ensure its accuracy with respect to date and time.

The Minister of Public Safety advised that through the assistance of staff within the Policing Services Section, a "best practices" policy model has been developed that supports all of the points covered in this recommendation. The policy will be proceeding through the final stages of scrutiny by

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Le ministre de la Santé fait savoir que tous les appels 911 sont soumis à des protocoles qui comprennent une évaluation selon des critères établis pouvant mener à l'envoi d'une ambulance. Un appel ayant trait à des troubles de santé mentale sera évalué selon ces critères. L'envoi d'une ambulance à la suite de tous les appels de ce genre pourrait avoir un effet stigmatisant sur les personnes souffrant de troubles de santé mentale. Il s'agit d'une pratique qui est fortement découragée par le milieu des professionnels en santé mentale.

Le ministre de la Santé publique fait savoir que l'opératrice du 911 transfère tous les appels concernant une blessure nécessitant des soins médicaux immédiats aux centres de répartition d'ambulances. Ces derniers les examinent et dépêchent une ambulance en respectant leurs protocoles. La directrice du Bureau du 911 fera part de cette recommandation à la direction des Centres de prise d'appels pour la sécurité du public et d'Ambulance Nouveau-Brunswick dans le cadre d'un examen des directives opérationnelles en place qui déterminera les éléments à ajouter pour tenir compte de l'esprit des recommandations.

Recommandation n° 5

Chaque arme à impulsions devrait être calibrée tous les ans afin d'assurer son exactitude, et la date et l'heure de la calibration devraient être inscrites au registre.

Le ministre de la Sécurité publique fait savoir que grâce à l'aide apportée par le personnel de la Section de la direction des services de police, une directive modèle de « pratiques exemplaires » a été élaborée de façon à appuyer chacun des énoncés de cette recommandation. Cette directives sera soumise

the Ad Hoc Policy Committee of the NB Association of Chiefs of Police for final approval and proposed adoption by all Chiefs of Police.

aux étapes finales d'un examen minutieux par le comité spécial sur les politiques de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick, qui lui donnera son approbation finale et proposera son adoption par tous les chefs de police.

The Commanding Officer of the RCMP "J" Division advised that the RCMP meets the recommendations related to the use of the Conducted Energy Weapon (CEW) and the recording of such use. Equipment is certified and calibrated as needed through the Senior Armourer. The RCMP is confident that their policy provides the required guidance to meet the inquest

Le commandant divisionnaire de la Division J de la GRC fait savoir que la GRC respecte les recommandations visant le recours aux armes à impulsions (AI) (pistolets électriques) et l'enregistrement de ces utilisations. Le matériel est autorisé et calibré au besoin par l'armurier principal. La GRC a confiance que sa politique fournit les lignes directrices nécessaires au respect des recommandations de l'enquête du coroner à cet égard.

Recommendation #6

When responding to a suspected "excited delirium" call, officer should advise for a "back up" and verify that EMT has been dispatched.

Recommandation n° 6

Lorsqu'un agent répond à un appel concernant une personne soupçonnée d'être en état de délire agité, il devrait demander du renfort et s'assurer que des techniciens ambulanciers ont été dépêchés.

The Minister of Public Safety advised that through the assistance of staff within the Policing Services Section, a "best practices" policy model has been developed that supports all of the points covered in this recommendation. The policy will be proceeding through the final stages of scrutiny by the Ad Hoc Policy Committee of the NB Association of Chiefs of Police for final approval and proposed adoption by all Chiefs of Police.

Le ministre de la Sécurité publique fait savoir que grâce à l'aide apportée par le personnel de la Section de la direction des services de police, une directive modèle de « pratiques exemplaires » a été élaborée de façon à appuyer chacun des énoncés de cette recommandation. Cette directives sera soumise aux étapes finales d'un examen minutieux par le comité spécial sur les politiques de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick, qui lui donnera son approbation finale et proposera son adoption par tous les chefs de police.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

The Commanding Officer of the RCMP "J" Division advised that mental health issues sometimes present challenges for members of the RCMP in that not always do their personnel realize a mental health problem exists until the subject of the call is encountered directly. As such, the RCMP has recently introduced a session on excited delirium into use of force training. It is expected that such training will benefit officers in recognizing symptoms so as to allow for the timely notification of medical assistance and back up personnel.

Recommendation #7

We recommend a forum be done with the main subject to be mental health in the community and inside the hospitals. Topics could include: community {treatment} order{s}, hospital follow-up, support for families with mental health issues.

The Minister of Health advised that Regional Health Authority (RHA) 1 South East (SE) holds periodic education sessions for emergency room physicians and psychiatrists on the use of the certificate of examination (Form 1). Sessions have been held with the Patient Advocate and Chairperson for psychiatrists, as well as a follow-up session with emergency room physicians to explain and help them better understand the use of Form 1. RHA 1 SE has also struck several small working groups to enhance Addictions/Mental Health Services within the region. These groups will discuss and make recommendations regarding a number of issues, including better coverage of emergency room health services up to 16 hours per day, implementation of mobile crisis response team, streamlining assessment between Emergency Room mental health in-patient and community mental

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Le commandant divisionnaire de la Division J de la GRC fait savoir que les problèmes de santé mentale posent parfois un défi aux membres de la GRC parce que son personnel n'est pas toujours au courant qu'il s'agit d'un problème de santé mentale jusqu'au moment de rencontrer la personne faisant l'objet de l'appel. C'est pour cette raison que la GRC a récemment ajouté une séance sur le délire agité dans sa formation sur le recours à la force. On prévoit que cette formation aidera les agents à en reconnaître les symptômes de manière à faire appel en temps opportun aux services médicaux et à un personnel de relève.

Recommandation n° 7

Nous recommandons la tenue d'un forum portant principalement sur la santé mentale dans la communauté et les hôpitaux. Le forum devrait traiter des questions suivantes : l'ordre public, le suivi du service hospitalier, et les services de soutien pour les familles aux prises avec des questions de santé mentale.

Le ministre de la Santé fait savoir que la Régie régionale de la santé 1 Sud-Est offre périodiquement aux médecins urgentistes et aux psychiatres des séances de formation sur l'usage du Certificat d'examen (formulaire 1). Ces séances ont été dispensées au défenseur des malades mentaux ainsi qu'au président du groupe des psychiatres et une séance de suivi sur l'usage du formulaire 1 a été offerte aux médecins urgentistes afin qu'ils en comprennent mieux l'usage. La Régie régionale de la santé 1 Sud-Est a créé plusieurs petits groupes de travail ayant pour mandat d'améliorer les Services de traitement des dépendances et de santé mentale dans la région. Les discussions de ces groupes mèneront à des recommandations relatives à divers enjeux, y compris la prestation améliorée de services de santé en salle d'urgence jusqu'à 16 heures par jour, la mise sur pied d'une équipe

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

health services and establishing a concurrent disorder committee for the region. In March 2007, a broad consultation event was held in Moncton regarding improving the delivery of Mental Health and Addictions Services. The event was well attended with over 50 participants and excellent feedback was obtained. The participants requested that the system be simplified, services be provided in a timely fashion and client background information be documented.

The College of Physicians and Surgeons of New Brunswick reported that from time to time they have reviewed procedures under the *Mental Health Act* but generally found that the statutory provisions, if followed, create relatively few difficulties.

Recommendation #8

We recommend that a review should be done on existing community {treatment} order programs.

The Department of Health advised that it has studied the efficacy of Community Treatment Orders (CTOs) and Assertive Community Treatment programs (ACT). Also, the Canadian Mental Health Association recently held a consultation session which was attended by all community health associations in the Province. It was determined that for CTOs to be effective, there must be high quality assertive case management. The Department is currently investigating options in respect of ACT.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

volante d'intervention d'urgence, la rationalisation de l'évaluation entre le service de traitement en hôpital et les services communautaires en santé mentale ainsi que la mise sur pied d'un comité sur les troubles concomitants pour la région. En mars 2007, une vaste consultation ayant trait à la livraison améliorée de services de traitement des dépendances et de santé mentale s'est tenue à Moncton. Plus de 50 personnes ont assisté à cette activité qui a permis de récolter une excellente rétroaction. Les participants ont recommandé que le système soit simplifié, que les services soient dispensés en temps opportun et que les antécédents des clients soient documentés.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick signale qu'il examine de temps à autres les procédures définies dans la *Loi sur la santé mentale* et en conclut que les dispositions de la *Loi*, si elles sont respectées, soulèvent relativement peu de difficultés.

Recommandation n° 8

Nous recommandons un examen des programmes d'ordre public qui existent à l'heure actuelle.

Le ministère de la Santé fait savoir qu'il a étudié l'efficacité des Ordonnances de traitement en milieu communautaire (OTC) et des programmes de Traitement communautaire intensif (TCI). L'Association canadienne de la santé mentale a récemment tenu une séance de consultation à laquelle assistaient toutes les associations communautaires de santé mentale de la province. Cela a permis de conclure que l'efficacité des CTO s'appuie sur l'excellence de la gestion de cas affirmative. Le Ministère étudie présentement les options relatives au TCI.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

Recommendation #9

For a community follow-up, we recommend a review be done on a possibility of having outreach workers (like VON or Extra Mural) go to residential area for administering medication on non-compliant patient, as per psychiatrist. This would encourage compliance from patient{s} to take their medication and also develop the patient's wellness.

The Department of Health advised that discharge planning protocols are currently in place which encourages continuity planning and case management. Case management involves a schedule of follow-up visits at community health centres which allow clinicians to monitor medication, continue counselling and foster socialization. Human service counselors will often attend the home of a patient to encourage attendance at appointments and to transport the patient, if necessary. These counselors are trained to deal with the complexity and specific challenges inherent in a patient with mental health issues.

Recommendation #10

We recommend mental health patients should have the accessibility to psychiatric medication regardless of their financial situation.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Recommandation n° 9

En ce qui concerne le suivi dans la collectivité, nous recommandons d'étudier la possibilité de demander aux membres du personnel de services d'approche, comme les infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada ou le personnel extra-mural, de se rendre à la demeure de patients récalcitrants pour s'assurer qu'ils prennent leur médicaments conformément aux directives de leur psychiatre. Il serait ainsi possible d'encourager les patients à prendre leurs médicaments comme il se doit et d'assurer leur mieux-être.

Le ministère de la Santé fait savoir que les protocoles actuels de planification du congé encouragent la planification de la continuité dans la gestion des cas. La gestion des cas comprend un calendrier de visites de suivi dans les centres de santé communautaires, permettant ainsi aux cliniciens d'exercer une surveillance des médicaments, de prodiguer des conseils et de favoriser la socialisation. Des conseillers en service à la personne se rendent souvent au domicile des patients pour les inciter à respecter leurs rendez-vous et pour assurer leur transport, au besoin. Ces conseillers possèdent la formation voulue pour composer avec la complexité et les défis particuliers que posent les cas de patients souffrant de troubles de santé mentale.

Recommandation n° 10

Nous recommandons que les personnes souffrant de troubles mentaux aient accès aux médicaments requis peu importe leur situation financière.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

The Minister of Health advised that the New Brunswick Prescription Drug Program is a provincially funded program that provides subsidized prescription drug coverage for eligible residents who do not have other coverage and are least able to afford drug costs. They include low income seniors, residents of nursing homes and clients of the Department of Social Development (formerly Family and Community Services). Residents who do not qualify for drug coverage based on these requirements and are unable to afford their drugs have the option of applying for assistance through their local office of the Department of Social Development. Assistance may involve financial benefits or a "health card only" for drug coverage.

The Commanding Officer of the RCMP "J" Division advised that they conduct stress debriefings for critical incidents that have the potential of generating psychological repercussions.

Recommendation #11

We recommend a critical incident stress debriefing should be provided to staff affected by any incident deemed necessary.

The Department of Health advised that all Regional Health Authorities have trained staff and the ability to utilize the process in appropriate circumstances. The Departmental policy respecting critical incident stress debriefing is periodically reviewed and modified and mock events are held to test response capability.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Le ministère de la Santé fait savoir que le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick est un programme financé par le gouvernement provincial pour subventionner les médicaments sur ordonnance des résidents admissibles qui n'ont pas d'autres assurances et qui sont le moins en mesure de défrayer leurs médicaments, notamment les aînés à faible revenu, les résidents des foyers de soin et les clients du ministère du Développement social, (autrefois Services familiaux et communautaires). Les résidents qui ne sont pas admissibles au plan de médicaments à l'un de ces titres et qui n'ont pas les moyens de défrayer leurs médicaments peuvent présenter une demande d'aide au bureau régional du ministère du Développement social. Cette aide peut prendre la forme de prestations monétaires ou d'une « carte d'assistance médicale seulement » s'appliquant aux médicaments.

Le commandant divisionnaire de la Division J de la GRC fait savoir que la GRC tient des séances de verbalisation suivant des incidents critiques qui risquent de laisser des séquelles psychologiques.

Recommandation n° 11

Nous recommandons d'offrir au personnel touché des séances d'information sur le stress causé par un incident critique au besoin.

Le ministère de la Santé fait savoir que toutes les régies régionales de la santé disposent de personnel formé et sont en mesure de recourir à ce processus lorsque la situation le justifie. La directive ministérielle relative aux séances de verbalisation suivant un incident critique fait périodiquement l'objet d'une révision et de modifications; en outre des simulations d'incident sont organisées pour vérifier la capacité d'intervention.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

The Minister of Public Safety advised that through the assistance of staff within the Policing Services Section, a "best practices" policy model has been developed that supports all of the points covered in this recommendation. The policy will be proceeding through the final stages of scrutiny by the Ad Hoc Policy Committee of the NB Association of Chiefs of Police for final approval and proposed adoption by all Chiefs of Police.

Recommendation #12

We, the Jury, accept the recommendations from the South-East Regional Health Authority from 1 to 5. We want to add #6 – "To hold annual education sessions for ER physicians, registered nurses, psychiatrists and attendances on non-violence crisis intervention and mental health issues."

Recommendations from the South-East Regional Health Authority (See Jury Recommendation # 12).

12.1 That South-East Regional Health Authority be considered as a pilot region for use of a shared electronic medical record keeping mechanism. The use of CSDS (Client Service Delivery System) will be utilized to share pertinent health care information to ensure proper follow-up care between Mental Health In-patient Psychiatric Care, Community Mental Health, Emergency Mental Health and Addiction Services. This would highly increase our ability to offer more complimentary care to persons with dual diagnosis/concurrent disorders.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Le ministre de la Sécurité publique fait savoir que grâce à l'aide apportée par le personnel de la Section de la direction des services de police, une directive modèle de « pratiques exemplaires » a été élaborée de façon à appuyer chacun des énoncés de cette recommandation. Cette directives sera soumise aux étapes finales d'un examen minutieux par le comité spécial sur les politiques de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick, qui lui donnera son approbation finale et proposera son adoption par tous les chefs de police.

Recommandation n° 12

Nous, les membres du jury, acceptons les cinq recommandations formulées par la Régie régionale de la santé du Sud-Est. Nous formulons une sixième recommandation comme suit : « Tenir des séances de formation annuelles sur l'intervention non violente en situation d'urgence et les questions liées à la santé mentale à l'intention des urgentologues, du personnel infirmier immatriculé, des psychiatres et des préposés. »

Recommandations de la Régie régionale de la santé du Sud-Est

12.1 Que la Régie régionale de la santé du Sud-Est fasse l'objet d'un projet-pilote visant l'utilisation d'un système électronique conjoint pour la tenue des dossiers médicaux. Le Système de prestation de services aux clients (SPSC) servira au partage de renseignements sur les soins de santé de façon à assurer des services de suivi adéquats par les unités psychiatriques des hôpitaux, les centres de santé mentale communautaires, les services de santé mentale d'urgence et les services de traitement des dépendances. Il nous serait ainsi possible de fournir des soins supplémentaires aux personnes qui souffrent de troubles multiples ou concomitants.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

12.2 That South-East Regional Health Authority consider a full review of smoking on site and offer alternate options for psychiatric in-patients.

12.3 That consideration be given for better staffing allotments because of a growing population base in the Moncton area hence the need to recognize the increased number of mentally ill clients needing more timely access to mental health care and addiction services in the Moncton region. This should be done in order to ensure a balanced network of institutional and community based mental health services.

12.4 To periodically review and practice our response mechanisms for involuntary patients leaving the psychiatric unit.

12.5 To hold periodic education sessions for ER physicians and psychiatrists on the use of the certificate of examination, "Form 1".

The Canadian Mental Health Association, NB Division, advised that they support the recommendations on training and education for justice and health care workers in regards to mental health consumers. They further advised that they are currently dialoguing with the Departments of Justice and Health in an effort to build partnerships to address these recommendations.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

12.2 Que la Régie régionale de la santé du Sud-Est étudie la possibilité d'examiner minutieusement sa directive sur l'usage du tabac et offre des solutions de rechange aux personnes hospitalisées qui souffrent de troubles mentaux.

12.3 Qu'il faut étudier la possibilité d'augmenter les niveaux de dotation en personnel en raison de la croissance démographique de la région de Moncton, étant donné qu'un nombre croissant de personnes ont besoin d'avoir accès, dans des délais raisonnables, aux services de soins de santé mentale et de traitement des dépendances dans la région. Il serait ainsi possible de compter sur un réseau équilibré de services de santé mentale en établissement et dans la communauté.

12.4 Qu'il faut régulièrement examiner et mettre en pratique la marche à suivre lorsqu'un patient récalcitrant quitte l'unité des soins psychiatriques.

12.5 Qu'il faut tenir des séances de formation régulières sur l'utilisation du certificat d'examen (formule 1) à l'intention des médecins et des psychiatres des services d'urgence.

La division du Nouveau-Brunswick de l'Association canadienne pour la santé mentale fait savoir qu'elle soutient les recommandations visant la formation des travailleurs dans le domaine de la justice et des soins de santé et leur sensibilisation à l'égard des clients en matière de santé mentale. La division est actuellement en pourparlers avec le ministère de la Justice et de la Consommation et le ministère de la Santé afin d'édifier des partenariats qui donneront suite à ces recommandations.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

The Executive Director of the NB Medical Society advised that the Society is prepared to work with the Regional Medical Staff Organizations to encourage such programs to be offered on a regular basis. Further, the provincial network on continuing medical education programming provides another opportunity for appropriate educational refreshers in this area. The Medical Society will work with local education coordinators to include programs on this topic, where indicated.

The Department of Health advised that they reviewed the recommendations from the South East Regional Health Authority and the Jury's endorsement of same. These recommendations pertain to operational issues within that Regional Health Authority and the Department supports policy review and improved practices.

The College of Physicians & Surgeons of New Brunswick advised that the issue of sharing information regarding a patient among facilities is a timely one. There will be an eventual move to electronic health records, possibly "one patient, one record". In other words, all information would be, more or less, available to any provider who needed it.

Recommendation #13

We recommend that the time duration for examination of a mental health patient brought in under a Section 10 should be assessed in a timely manner.

The Minister of Public Safety advised that the examination referred to is a medical examination and therefore should be addressed by the Department of Health, who is responsible for ambulance and hospital services.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Le directeur général de la Société médicale du Nouveau-Brunswick fait savoir que la Société est prête à collaborer avec les conseils régionaux des médecins afin d'encourager l'offre de tels programmes à intervalles réguliers. Le réseau provincial sur la programmation de l'enseignement médical continu fournit d'autres possibilités de mises à jour éducatives dans ce domaine. La Société médicale collaborera avec les coordinateurs régionaux de l'enseignement afin que ce sujet soit mis au programme lorsque le besoin s'en fait sentir.

Le ministère de la Santé fait savoir qu'il a examiné les recommandations de la Régie régionale de la santé du Sud-Est et l'aval de celles-ci par le jury. Les recommandations ont pour objet des problèmes opérationnels internes de la Régie régionale de la santé; le Ministère soutient la révision des politiques et les pratiques améliorées

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a indiqué que le problème lié à l'échange de renseignements sur les patients entre les établissements était d'actualité. Nous en viendrons un jour aux dossiers médicaux électroniques, possiblement en créant un dossier unique pour chaque patient. Autrement dit, tous les renseignements seront plus ou moins disponibles pour tous les fournisseurs qui en auront besoin.

Recommandation n° 13

Nous recommandons que l'examen de personnes souffrant de troubles mentaux qui sont conduites à un service médical en vertu de l'article 10 soit effectué dans des délais raisonnables.

Le ministère de la Sécurité publique fait savoir que l'examen mentionné est un examen médical et que cette question devrait donc être soumise au ministère de la Santé dont relèvent les services ambulanciers et hospitaliers.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

The Department of Health advised that the Department agrees that patient assessments should take place in a timely fashion. Having said that, factors such as injuries which require stabilization or general physical condition may impact the timing of an assessment. A systemic safeguard against unreasonable delay exists in the person of the Psychiatric Patient Advocate. The role of the Advocate is to ensure that the patient's best interests are the primary focus and this includes responding to any complaints of delay.

The Commanding Officer of the RCMP "J" Division advised that they fully agree that the duration of time for an examination of mental health patients escorted by police to medical facilities should be improved.

Recommendation #14

We recommend that in a life and death situation medical records would be provided without consent.

The Department of Health advised that in situations where access to health records is critical, Regional Health Authorities have protocols in place to address that need. The Department is also studying the efficacy of a shared electronic medical record which would increase access to patient information and lessen delays.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Le ministère de la Santé fait savoir qu'il est d'accord que l'évaluation des patients doit être réalisée en temps opportun. Cela étant dit, il se peut que le choix du bon moment pour cette évaluation soit influencé par des facteurs tels que des blessures ayant besoin d'être stabilisées ou l'état général de la personne. Le défenseur des malades mentaux constitue une mesure de protection systémique contre les délais déraisonnables. Le défenseur des malades mentaux a pour mission d'assurer que les intérêts du malade sont au centre des préoccupations et la tâche de répondre à des plaintes concernant un délai fait partie de ses attributions.

Le commandant divisionnaire de la Division J de la GRC fait savoir que la GRC est tout à fait d'accord sur la nécessité de réduire la durée de la période d'examen de patients en santé mentale qui se rendent aux établissements médicaux sous escorte policière.

Recommandation n° 14

Nous recommandons qu'il soit possible d'avoir accès aux dossiers médicaux d'une personne sans son consentement dans des situations de vie ou de mort.

Le ministère de la Santé fait savoir que dans les cas où l'accès aux dossiers de santé a une importance critique, les protocoles des régies régionales de la santé permettent de répondre à ce besoin. Le Ministère étudie également l'efficacité de la mise en commun des dossiers de santé électroniques, ce qui faciliterait l'accès aux renseignements sur les patients et réduirait le temps d'attente.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

Recommendation #15

We recommend that the risk factor should be recorded in the medical files.

The Department of Health advised that the standard for assessment of individuals who present with mental health issues is the Multiaxial Assessment. The notion of a "risk factor" is imprecise and prone to subjectivity. We support the Multiaxial Assessment as the recognized assessment tool.

Recommendation #16

When samples are drawn for analysis (i.e. toxicological testing) indicate on vials from where on body the sample has been drawn.

RECOMMENDATIONS OF THE PRESIDING CORONER

Recommendation #1

That police agencies in the Province of New Brunswick give consideration to having an independent agency conduct investigations when their agency has a death in custody so as to ensure a timely and arms length investigation.

The Minister of Public Safety advised that the NB Association of Chiefs of Police adopted a protocol which essentially stated that "if the matter involves an issue of public trust then it must be treated in a more serious manner". The procedure in this circumstance recommended that an "external investigation" should be pursued. At the NB Association of Chiefs of Police annual general

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Recommandation n° 15

Nous recommandons que le facteur de risque soit noté dans les dossiers médicaux.

Le ministère de la Santé fait savoir que le *Multiaxial Assessment* constitue la norme pour l'évaluation de personnes qui manifestent des troubles de santé mentale. La notion de « facteur de risque » est imprécise et peut s'entacher de subjectivité. Nous confirmons le *Multiaxial Assessment* à titre d'outil d'évaluation reconnu.

Recommandation n° 16

Nous recommandons d'indiquer sur les flacons la partie du corps d'où proviennent les échantillons prélevés pour l'analyse (p. ex. : analyse toxicologique).

RECOMMANDATIONS DU CORONER ENQUÊTEUR

Recommandation n° 1

Que les services de police du Nouveau-Brunswick étudient la possibilité de demander à un organisme indépendant de tenir une enquête si une personne meurt pendant qu'elle est sous leur garde afin d'assurer qu'une enquête soit effectuée de façon indépendante et dans des délais raisonnables.

Le ministère de la Sécurité publique fait savoir que l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick a adopté un protocole qui énonce, pour l'essentiel : « lorsque la confiance du public est en jeu, cela doit être traité de manière plus sérieuse ». Dans ces circonstances, la procédure recommandait que soit menée une «enquête externe ». Le sujet a été abordé de

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

meeting the matter was reintroduced and the RCMP "J" Division indicated it would be fully adopting the approach as described in the protocol. It was further recommended and encouraged that all chiefs similarly adopt this protocol.

The Commanding Officer of the RCMP "J" Division advised that protocols for a permanent arrangement for all such investigations are being finalized. Accordingly, their policy will reflect the use of an independent agency for the investigation of all in-custody deaths.

Recommendation #2

That police agencies in the Province of New Brunswick develop policies on the use of conducted energy weapons including the requisite training in conjunction with Policing Services.

The Department of Public Safety advised that these aspects of the use and training for conducted emergency weapons have also been addressed in the current draft policy of the Ad Hoc Policy Committee of the NB Associations of Chiefs of Police. A Quality Assurance review process is included in the "draft" policy to ensure all *Use of Force Incident Reports* are scrutinized by senior staff within each Force and ultimately reviewed by the Chief of Police, to ensure full compliance with policy. The mandatory requirement to submit all *Use of Force Incident Reports* to Policing Services had been embedded in the generic policy for many years. These reporting forms, which have been

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

nouveau lors de l'assemblée générale annuelle de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick et la Division J de la GRC a fait savoir qu'elle adopterait en entier l'approche décrite dans le protocole. Il a été recommandé que tous les chefs de police adoptent ce protocole et on les a encouragés à emboîter le pas.

Le commandant divisionnaire de la Division J de la GRC fait savoir que l'élaboration de protocoles relatifs à des dispositions permanentes pour toutes les enquêtes de ce genre en est à son étape finale. En conséquence, sa politique prescrira le recours à un organisme indépendant pour mener les enquêtes portant sur tous les décès de personnes détenues.

Recommandation n° 2

Que les services de police du Nouveau-Brunswick élaborent des directives sur l'utilisation des armes à impulsions, notamment sur la formation requise, en collaboration avec la Section des services de police.

Le ministère de la Sécurité publique fait savoir que ces aspects du recours aux armes à impulsion et de la formation à cet égard ont été abordés dans les directives ébauchées par le comité spécial sur les politiques de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick. Un processus d'examen d'assurance-qualité y est incorporé afin d'assurer que tous les « Comptes-rendus de recours à la force » soient minutieusement examinés par le personnel dirigeant de chaque service et fassent l'objet d'une lecture finale par le chef de police afin de contrôler leur conformité aux lignes directrices. L'obligation de soumettre tous les « Comptes-rendus de recours à la force » aux Services de police

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

amended to include conducted energy weapon incidents, will continue to be forwarded to Policing Services for oversight purposes. We will discuss with the Commanding Officer "J" Division RCMP how the RCMP can be compliant with this recommendation.

Recommendation #3

That adherence to the aforementioned policies be assessed in the audit of police forces conducted by Policing Services.

The Department of Public Safety advised that these aspects of the use and training for conducted emergency weapons have also been addressed in the current draft policy of the Ad Hoc Policy Committee of the NB Associations of Chiefs of Police. A Quality Assurance review process is included in the "draft" policy to ensure all *Use of Force Incident Reports* are scrutinized by senior staff within each Force and ultimately reviewed by the Chief of Police, to ensure full compliance with policy. The mandatory requirement to submit all *Use of Force Incident Reports* to Policing Services had been embedded in the generic policy for many years. These reporting forms, which have been amended to include conducted energy weapon incidents, will continue to be forwarded to Policing Services for oversight purposes. We will discuss with the Commanding Officer "J" Division RCMP how the RCMP can be compliant with this recommendation.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

est enchâssée dans les lignes directrices générales depuis plusieurs années. Ces formulaires de compte-rendu, qui ont été modifiés pour inclure les incidents impliquant l'usage des armes à impulsions, continueront d'être transmis aux Services de police aux fins de supervision. Nous discuterons avec le commandant divisionnaire de la Division J de la GRC des moyens à prendre pour assurer la conformité de la GRC.

Recommandation n° 3

Que la Section des services de police vérifie si les services de police respectent ces directives dans ses vérifications périodiques.

Le ministère de la Sécurité publique fait savoir que ces aspects du recours aux armes à impulsion et de la formation à cet égard ont été abordés dans les directives ébauchées par le comité spécial sur les politiques de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick. Un processus d'examen d'assurance-qualité y est incorporé afin d'assurer que tous les « Comptes-rendus de recours à la force » soient minutieusement examinés par le personnel dirigeant de chaque service et fassent l'objet d'une lecture finale par le chef de police afin de contrôler leur conformité aux lignes directrices. L'obligation de soumettre tous les « Comptes-rendus de recours à la force » aux Services de police est enchâssée dans les lignes directrices générales depuis plusieurs années. Ces formulaires de compte-rendu, qui ont été modifiés pour inclure les incidents impliquant l'usage des armes à impulsions, continueront d'être transmis aux Services de police aux fins de supervision. Nous discuterons avec le commandant divisionnaire de la Division J de la GRC des moyens à prendre pour assurer la conformité de la GRC.

Inquest No. 1 – Kevin Geldart continued

Recommendation #4

That all police agencies in the Province provide use of force reports, including reports on deployment of conducted energy weapons, to Policing Services for statistical purposes and to ensure adherence to policy.

The Department of Public Safety advised that these aspects of the use and training for conducted emergency weapons have also been addressed in the current draft policy of the Ad Hoc Policy Committee of the NB Associations of Chiefs of Police. A Quality Assurance review process is included in the "draft" policy to ensure all *Use of Force Incident Reports* are scrutinized by senior staff within each Force and ultimately reviewed by the Chief of Police, to ensure full compliance with policy. The mandatory requirement to submit all *Use of Force Incident Reports* to Policing Services had been embedded in the generic policy for many years. These reporting forms, which have been amended to include conducted energy weapon incidents, will continue to be forwarded to Policing Services for oversight purposes. We will discuss with the Commanding Officer "J" Division RCMP how the RCMP can be compliant with this recommendation.

Première enquête – Kevin Geldart (suite)

Recommandation n° 4

Que tous les services de police du Nouveau-Brunswick fournissent des rapports sur l'usage de la force, incluant des rapports sur le déploiement d'armes à impulsions, à la Section des services de police afin que cette dernière puisse recueillir des statistiques à cet égard et s'assurer que les services de police respectent la directive.

Le ministère de la Sécurité publique fait savoir que ces aspects du recours aux armes à impulsion et de la formation à cet égard ont été abordés dans les directives ébauchées par le comité spécial sur les politiques de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick. Un processus d'examen d'assurance-qualité y est incorporé afin d'assurer que tous les « Comptes-rendus de recours à la force » soient minutieusement examinés par le personnel dirigeant de chaque service et fassent l'objet d'une lecture finale par le chef de police afin de contrôler leur conformité aux lignes directrices. L'obligation de soumettre tous les « Comptes-rendus de recours à la force » aux Services de police est enchâssée dans les lignes directrices générales depuis plusieurs années. Ces formulaires de compte-rendu, qui ont été modifiés pour inclure les incidents impliquant l'usage des armes à impulsions, continueront d'être transmis aux Services de police aux fins de supervision. Nous discuterons avec le commandant divisionnaire de la Division J de la GRC des moyens à prendre pour assurer la conformité de la GRC.

Inquest No. 2 – Jeffery Hood

Jeffrey Hood was a 43 year old resident of Fredericton who was remanded to the Saint John Regional Correctional Centre (SHRCC) on February 17, 2007 and subsequently received a 6-month sentence on February 20, 2007. He was known to be addicted to opiates and had been attempting to withdraw from these drugs by wearing Fentanyl patches that had been prescribed by a physician in the community. This prescription was discontinued upon admission to SJSCC as it falls outside the institution's drug withdrawal protocol. Although Mr. Hood did not complain to staff concerning his drug-related condition, he did complain of chest pain for which he was taken to Saint John Regional Hospital Emergency Department on February 22nd for assessment. He was released back to the Correctional Centre when this chest pain was determined to be non-cardiac in origin. He was observed by correctional staff and inmates to be "in rough shape" and experiencing symptoms consistent with those of opiate withdrawal.

On February 23rd Mr. Hood was found unresponsive on the floor of his cell following the mid-day lockdown period. He had tied a laundry-bag cord around his neck and attempted to hang himself from the sprinkler head. The sprinkler head, which according to specifications, should break when weight in excess of 70 pounds is applied, did not release. The cord broke, causing him to drop to the floor, but not before he had suffered significant anoxic brain injury.

An emergency response was activated by correctional staff. Resuscitation was commenced and Mr. Hood was transported to the Saint John Regional Hospital where he died later that evening. The medical cause of death was determined at

Deuxième enquête – Jeffery Hood

Jeffrey Hood était un homme âgé de 43 ans, résidant à Fredericton, qu'on a transféré au Centre correctionnel régional de Saint-Jean (CCRSJ) le 17 février 2007. Le 20 février 2007, on lui a imposé une peine de six mois de détention à purger dans ce centre. M. Hood avait une dépendance aux opiacés qu'on tentait de contrer à l'aide de timbres de fentanyl prescrits par un médecin de la collectivité. L'ordonnance de fentanyl a été annulée au moment du transfert de M. Hood au CCRSJ puisque ce médicament ne figurait pas au protocole de sevrage de l'établissement. M. Hood n'a rien dit de ses difficultés liées au sevrage de drogues au personnel de l'établissement correctionnel, mais il s'est plaint de douleurs thoraciques. Il a été amené au service d'urgence de l'Hôpital régional de Saint-Jean afin d'y être examiné. On a renvoyé M. Hood au centre correctionnel après qu'on ait déterminé que les douleurs thoraciques n'étaient pas d'origine cardiaque. Le personnel de l'établissement et les autres détenus ont déclaré que M. Hood « n'était pas bien du tout » et qu'il présentait des symptômes concordant avec un sevrage d'opiacés.

Le 23 février 2007, on a trouvé M. Hood inanimé sur le plancher de sa cellule après la période de confinement aux cellules du midi. Il s'était attaché la corde d'un sac à lessive autour du cou et s'en était servi pour se pendre d'une tête de gicleur. Selon le cahier de charges, la tête du gicleur aurait dû céder puisque la charge imposée excédait 70 livres, mais cela ne s'est pas produit. Il s'est\ retrouvé au sol parce que la corde du sac à lessive s'est brisé, mais seulement après avoir subi d'importants dommages cérébraux dus à l'anoxie.

Le personnel du centre correctionnel a immédiatement enclenché les mesures d'urgence. On a débuté les manœuvres de réanimation et M. Hood a été transporté à l'Hôpital régional de Saint-Jean où il est décédé plus tard au cours de la

Inquest No. 2 – Jeffery Hood continued

autopsy to be asphyxiation due to hanging. There were no drugs or alcohol detected in his blood, urine or gastric contents at the time of death.

The Major Crime Unit of the Saint John City Police investigated the incident and ruled out foul play.

An inquest into this death was held in Saint John, from May 14 to May 18, 2007. The issues that were explored included the adequacy of both admission and ongoing assessment processes to identify inmates at risk for suicide, the adequacy of institutional protocols to assist inmates with drug withdrawal and institutional routines for surveillance of inmates. The evidence also included the findings and recommendations. The Community and Correctional Services Division of the Department of Public Safety conducted a Critical Incident Review of this death in custody and completed a report on March 31, 2006. Witness testimony at the inquest included a description of the recommendations made following the review. These recommendations were entered as an exhibit and the jury endorsed the recommendations.

The jury found that Jeffrey Frederick Hood died as a result of suicide while incarcerated and made the following recommendations:

1. The Initial Assessment and Health Assessment Forms are key in the proper placement of inmates. We recommend that:

    a) The content on these forms be reviewed;

Deuxième enquête – Jeffery Hood (suite)

soirée. L'autopsie a permis de déterminer que le décès était dû à une asphyxie par pendaison. Au moment du décès, aucune drogue n'était présente dans le sang, l'urine ou le contenu gastrique de M. Hood.

L'unité des crimes majeurs du service de police de la Ville de Saint-Jean a enquêté relativement à cet incident et a écarté tout acte suspect.

Une enquête sur ce décès a eu lieu à Saint-Jean du 14 au 18 mai 2007. Plusieurs questions ont été étudiées par les enquêteurs, notamment le caractère adéquat des évaluations visant à déterminer si un détenu est suicidaire au moment de son admission et tout au long de la période de détention, des protocoles de sevrage des détenus ayant des problèmes de drogue, ainsi que des modalités de surveillance des détenus. Les preuves présentées lors de l'enquête comprenaient également des observations et des recommandations à cet égard. La Division des services communautaires et correctionnels du ministère de la Sécurité publique a effectué un examen d'incident critique étant donné qu'il s'agissait du décès d'une personne sous garde; elle a soumis un rapport le 31 mars 2006. Des témoins à l'enquête ont présenté une description des recommandations issues de cet examen. Ces recommandations ont été déposées en preuve et le jury s'est prononcé en leur faveur.

Le jury a conclu que M. Jeffrey Frederick Hood était décédé des suites d'un suicide alors qu'il était incarcéré. Le jury a formulé les recommandations suivantes :

1. L'évaluation initiale et l'évaluation de la santé jouent un rôle important dans le placement approprié d'un détenu. Nous formulons les recommandations suivantes :

    a) Que le contenu de ces formulaires soit réexaminé.

Inquest No. 2 – Jeffery Hood continued

b) On the Initial Assessment Form, we recommend the sections regarding "suicide risk" and "substance abuse" be more detailed to provide a more accurate assessment of people at risk. It may be beneficial to include a checklist of suicide stressors and a written description of inmates' physical appearance.

c) On the Health Assessment Form, we recommend a more detailed personal medical history, including vital signs, height, weight and dosage of drugs taken (prescribed/non-prescribed).

Both forms need to be completed on each admission, within 24 hours, by qualified staff.

2. We recommend a review of the current detoxification protocols. Based on the Initial Assessment and Health Assessment Forms, inmates at high risk should be placed on an alert list, treatment protocols initiated, severity of symptoms monitored, until withdrawal symptoms subside. Addiction counseling should also be provided.

Deuxième enquête – Jeffery Hood (suite)

b) Que les parties du formulaire d'évaluation initiale qui portent sur le risque de suicide et l'abus de drogues et d'alcool comprennent davantage de renseignements afin de mieux évaluer les personnes à risque. Il pourrait être avantageux d'inclure, entre autres choses, une liste de contrôle des agents stressants liés au suicide et une description écrite de l'aspect physique du détenu.

c) Que le formulaire d'évaluation de la santé puisse inclure des renseignements plus détaillés sur les antécédents médicaux, y compris les signes vitaux, la taille, le poids et les médicaments (prescrits ou non) qui sont pris par la personne.

Les deux formulaires devraient être remplis par du personnel qualifié dans les 24 heures suivant l'admission.

2. Nous recommandons que les protocoles actuels en matière de désintoxication soient passés en revue. Selon les renseignements consignés sur les formulaires d'évaluation initiale et d'évaluation de la santé, les détenus à haut risque devraient être inscrits sur une liste d'alerte, un protocole de traitement devrait être mis en branle et un suivi des symptômes devrait être effectué jusqu'à ce que les symptômes de sevrage se soient estompés. Un service de counselling en matière de toxicomanie doit également être fourni au détenu.

Inquest No. 2 – Jeffery Hood continued

3. We recommend a review of mental health services at the Saint John Regional Correctional Centre, with particular attention paid to employing a full-time psychologist.

4. We endorse the recommendations of the Critical Incident Review Team; however, we would like further follow-up regarding the sprinkler head. We recommend that the sprinkler manufacturer be informed that several of their units did not meet specifications and request that modifications be made to this device to meet proper specifications.

   4.1 The "admissions" function and process be reviewed from a staffing and workload perspective;

   4.2 Data Acquisition Unit system be reviewed with attention paid to system reliability, malfunction reporting / documenting and availability of back-up DAU's;

   4.3 C.P.I.C. reports be "run" and the information shared as soon as operationally possible after a person is admitted to the facility;

   4.4 Special Attention Logs be reviewed as possibly redundant to the Client Information System;

   4.5 Inmate access to personal and supplied articles (ie laundry bags / cords) that can be used to inflict self-harm be reviewed;

Deuxième enquête – Jeffery Hood (suite)

3. Nous recommandons de passer en revue les services de santé mentale du Centre correctionnel régional de Saint-Jean en accordant une attention particulière à l'embauche d'un psychologue à temps plein.

4. Nous appuyons les recommandations de l'équipe chargée de l'examen des incidents critiques. Cependant, nous sommes d'avis qu'un suivi plus poussé devrait être effectué concernant les gicleurs. Nous recommandons que le fabricant soit informé que plusieurs de ses unités n'étaient pas conformes aux spécifications et que les modifications nécessaires soient effectuées pour que les appareils en question répondent aux normes.

   4.1 Réviser les fonctions et le processus d'admission du point de vue de la dotation en personnel et de la charge de travail;

   4.2 Examiner le système de saisie des données en portant une attention particulière à la fiabilité du système, le signalement et la documentation des défauts de fonctionnement, ainsi que la disponibilité d'unités de rechange;

   4.3 Produire un rapport du CIPC et communiquer les renseignements recueillis dès que possible après l'admission d'une personne à l'établissement;

   4.4 Réviser les registres de remarques particulières pour éviter la redondance possible avec le Système d'information sur la clientèle;

   4.5 Examiner la question de l'accès aux articles personnels et fournis (p. ex. : sacs à lessive, cordes) que les détenus pourraient utiliser pour se faire mal;

Inquest No. 2 – Jeffery Hood continued

4.6 The sprinkler head model in use at SJRCC be examined for appropriateness in a correctional environment;

4.7 A rescue mask and a rescue knife be mandatory equipment in each Living Unit office and be accounted for and documented at the start of each shift; (Although not a determining factor in Mr. Hood's death);

4.8 The department supplied pouch containing a rescue mask and protective disposable gloves be carried as a mandatory piece of equipment for every on-duty oficer;

4.9 An upgraded "suction" device be purchased for Medical Services;

4.10 Additional training be provided for all staff in the area of effective report writing, with an emphasis on more complete information with the intention of providing the reader a full understanding of the event;

4.11 All staff involved in supervising shifts be given additional training on crisis management with emphasis on information gathering and scene control;

4.12 The practice of allowing articles of clothing to be placed on railings be reviewed, as it may present officer "site-line" obstructions. This was not a factor in this incident but was noted during the investigation;

Deuxième enquête – Jeffery Hood (suite)

4.6 Examiner la tête d'extincteur utilisée au CCRSJ pour s'assurer qu'elle convient au milieu correctionnel;

4.7 Faire du masque de réanimation et du couteau de sauvetage des pièces d'équipement obligatoires pour chaque bureau d'unité d'hébergement et s'assurer de documenter leur présence au début de chaque quart de travail (quoiqu'il ne s'agisse pas d'un facteur déterminant dans le décès de la personne en cause);

4.8 Obliger chaque agent de service à porter pendant l'exercice de ses fonctions l'étui du Ministère contenant un masque de réanimation et des gants protecteurs jetables;

4.9 Faire l'acquisition d'un meilleur dispositif d'aspiration pour les services médicaux;

4.10 Fournir davantage de formation à tous les membres du personnel en matière de préparation efficace de rapports, en soulignant l'importance de fournir des renseignements plus complets pour permettre aux lecteurs de comprendre pleinement les circonstances en cause;

4.11 Fournir davantage de formation sur la gestion des crises à tous les membres du personnel qui font des rondes de surveillance, en mettant l'accent sur la collecte de renseignements et le contrôle des lieux d'un incident;

4.12 Revoir la pratique de permettre aux détenus de placer des vêtements sur les rampes puisque ces derniers peuvent obstruer la vue des agents (ce facteur n'a pas contribué à l'incident, mais a été noté au cours de l'enquête);

Inquest No. 2 – Jeffery Hood continued

4.13 The practice of allowing inmates to block their windows for any reason be reviewed;

4.14 Following a critical incident, the Supervisor speak with each involved staff to determine the ability of that staff member to continue to perform their duties for the remainder of the shift (subject to operational requirements);

4.15 A formal process be developed to assist "witnessing" inmates following a critical incident;

4.16 A formal and mandatory process be developed to assist involved staff following a critical incident;

4.17 Operationally, once a critical incident is resolved and the scene is secure, videotaping and still photos of the scene be taken to assist with any subsequent investigation.

5. We feel it is important to ensure that corrections officers' line of sight is not obstructed, that the data acquisition unit system is functioning/used properly, that the inmates are in their assigned cells at lockdown and that documents are properly completed.

6. We recommend the correctional facility ensure that family members be notified regarding any medical emergency.

Deuxième enquête – Jeffery Hood (suite)

4.13 Revoir la pratique de permettre aux détenus d'obstruer leur fenêtre pour quelque raison que ce soit;

4.14 Demander au surveillant de discuter avec chaque membre du personnel après un incident critique pour déterminer s'il est en mesure de continuer à exercer ses fonctions pour le reste de son quart de travail, selon les besoins opérationnels;

4.15 Élaborer une marche à suivre officielle pour aider les détenus qui ont assisté à un incident critique;

4.16 Élaborer une marche à suivre et officielle et obligatoire pour aider les membres du personnel à la suite d'un incident critique;

4.17 Enregistrer sur bande vidéo et prendre des photos des lieux au terme de l'incident critique et après le contrôle des lieux pour répondre aux besoins opérationnels de toute enquête ultérieure.

5. Nous considérons important de faire en sorte que le champ de vision des agents des services correctionnels ne soit pas obstrué, que le système de saisie de données fonctionne bien et soit utilisé adéquatement, qu'au moment du confinement cellulaire, les détenus se trouvent dans la cellule qui leur a été assignée, et que tous les documents soient remplis correctement.

6. Nous recommandons que l'établissement correctionnel fasse en sorte que les membres de la famille soient avertis en cas d'urgence médicale.

Inquest No. 2 – Jeffery Hood continued

The recommendations were sent to the Departments of Public Safety, Health and Supply & Services for their consideration.

Recommendation #1

The Initial Assessment and Health Assessment Forms are key in the proper placement of inmates. We recommend that:

a) The content on these forms be reviewed;

b) On the Initial Assessment Form, we recommend the sections regarding "suicide risk" and "substance abuse" be more detailed to provide a more accurate assessment of people at risk. It may be beneficial to include a checklist of suicide stressors and a written description of inmates' physical appearance.

c) On the Health Assessment Form, we recommend a more detailed personal medical history, including vital signs, height, weight and dosage of drugs taken (prescribed/non-prescribed).

Both forms need to be completed on each admission, within 24 hours, by qualified staff.

The Minister of Health advised that the Department will collaborate with the Department of Public Safety in addressing this recommendation.

Deuxième enquête – Jeffery Hood (suite)

Les recommandations ont été envoyées aux ministères de la Sécurité publique, au ministère de la Santé ainsi qu'au ministère de l'Approvisionnement et des Services aux fins d'examen.

Recommandation n° 1

L'évaluation initiale et l'évaluation de la santé jouent un rôle important dans le placement approprié d'un détenu. Nous formulons les recommandations suivantes :

a) Que le contenu de ces formulaires soit réexaminé.

b) Que les parties du formulaire d'évaluation initiale qui portent sur le risque de suicide et l'abus de drogues et d'alcool comprennent davantage de renseignements afin de mieux évaluer les personnes à risque. Il pourrait être avantageux d'inclure, entre autres choses, une liste de contrôle des agents stressants liés au suicide et une description écrite de l'aspect physique du détenu.

c) Que le formulaire d'évaluation de la santé puisse inclure des renseignements plus détaillés sur les antécédents médicaux, y compris les signes vitaux, la taille, le poids et les médicaments (prescrits ou non) qui sont pris par la personne.

Les deux formulaires devraient être remplis par du personnel qualifié dans les 24 heures suivant l'admission.

Le ministre de la Santé a précisé que son ministère collaborera avec le ministère de la Sécurité publique afin d'appliquer cette recommandation.

Inquest No. 2 – Jeffery Hood continued

The Minister of Public Safety advised that the Department supports this recommendation and will continue to search for an appropriate assessment tool that will achieve these objectives by augmenting existing risk assessment methods. Other jurisdictions are being polled as part of the search process. As well, discussions have been initiated with the Department of Health aimed at it providing and funding all aspects of correctional institution health care delivery in the provincial jail system. This would help to ensure more focussed attention by health care personnel.

Recommendation #2

We recommend a review of the current detoxification protocols. Based on the Initial Assessment and Health Assessment Forms, inmates at high risk should be placed on an alert list, treatment protocols initiated, severity of symptoms monitored, until withdrawal symptoms subside. Addiction counseling should also be provided.

The Minister of Health advised that the Department will collaborate with the Department of Public Safety in addressing this recommendation.

The Minister of Public Safety advised that the Department of Health would have the lead in advising correctional staff of the appropriate protocols for dealing with all aspects of inmate detoxification.

Deuxième enquête – Jeffery Hood (suite)

Le ministre de la Sécurité publique a précisé que son ministère appuie cette recommandation et qu'il poursuivra ses recherches afin de trouver un outil d'évaluation approprié qui pourra être ajouté à ceux déjà existants en vue d'atteindre ces objectifs. Le ministère a demandé la collaboration des autres ministères pour cette recherche. Le ministère a aussi amorcé des discussions avec le ministère de la Santé afin que ce dernier assure le financement et la prestation d'un ensemble complet de soins de la santé dans les établissements correctionnels provinciaux. Il serait ainsi possible d'obtenir des soins de santé plus ciblés de la part du personnel médical.

Recommandation n° 2

Nous recommandons que les protocoles actuels en matière de désintoxication soient passés en revue. Selon les renseignements consignés sur les formulaires d'évaluation initiale et d'évaluation de la santé, les détenus à haut risque devraient être inscrits sur une liste d'alerte, un protocole de traitement devrait être mis en branle et un suivi des symptômes devrait être effectué jusqu'à ce que les symptômes de sevrage se soient estompés. Un service de counselling en matière de toxicomanie doit également être fourni au détenu.

Le ministre de la Santé a précisé que son ministère collaborera avec le ministère de la Sécurité publique afin d'appliquer cette recommandation.

Le ministère de la Sécurité publique a précisé que le ministère de la Santé serait chargé de fournir au personnel des établissements correctionnels les protocoles appropriés pour la prise en charge des détenus en cours de processus de désintoxication.

Inquest No. 2 – Jeffery Hood continued

Recommendation #3

We recommend a review of mental health services at the Saint John Regional Correctional Centre, with particular attention paid to employing a full-time psychologist.

The Minister of Health advised that the Department will collaborate with the Department of Public Safety in addressing this recommendation.

The Minister of Public Safety advised that the Department supports calling for a review of mental health services to inmates at the Saint John Regional Correctional Centre and beyond that to all correctional institutions, both youth and adult. This is covered by a provincial review that is on-going under Department of Health leadership, with the authorization and support of government. Public Safety has met twice with the Review Commission and has emphasized the importance of timely mental health (and addiction) services for inmates, as well as the need to offer appropriate assessment and treatment options to the correctional system.

Recommendation #4

We endorse the recommendations of the Critical Incident Review Team; however, we would like further follow-up regarding the sprinkler head. We recommend that the sprinkler manufacturer be informed that several of their units did not meet specifications and request that modifications be made to this device to meet proper specifications.

Deuxième enquête – Jeffery Hood (suite)

Recommandation n° 3

Nous recommandons de passer en revue les services de santé mentale du Centre correctionnel régional de Saint-Jean en accordant une attention particulière à l'embauche d'un psychologue à temps plein.

Le ministre de la Santé a précisé que son ministère collaborera avec le ministère de la Sécurité publique afin d'appliquer cette recommandation.

Le ministre de la Sécurité publique a précisé que son ministère soutient l'idée de demander une révision des services de santé mentale offerts aux détenus du Centre correctionnel régional de Saint-Jean et d'étendre ensuite cette révision à l'ensemble des établissements de la province, tant ceux destinés aux adultes que ceux réservés aux jeunes. Cette révision serait effectué dans le cadre du processus de révision déjà amorcé par le ministère de la Santé, avec l'approbation et le soutien du gouvernement. Le ministère de la Sécurité publique a rencontré la commission chargée de cette révision à deux reprises et a insisté sur l'importance de fournir des services de santé mentale (et de prise en charge de la toxicomanie) en temps opportun aux détenus, de même que sur la nécessité d'offrir des modalités d'évaluation et de traitement appropriées aux intervenants des services correctionnels.

Recommandation n° 4

Nous appuyons les recommandations de l'équipe chargée de l'examen des incidents critiques. Cependant, nous sommes d'avis qu'un suivi plus poussé devrait être effectué concernant les gicleurs. Nous recommandons que le fabricant soit informé que plusieurs de ses unités n'étaient pas conformes aux spécifications et que les modifications nécessaires soient effectuées pour que les appareils en question répondent aux normes.

Inquest No. 2 – Jeffery Hood continued

4.1 The "admissions" function and process be reviewed from a staffing and workload perspective;

4.2 Data Acquisition Unit system be reviewed with attention paid to system reliability, malfunction reporting / documenting and availability of back-up DAU's;

4.3 C.P.I.C. reports be "run" and the information shared as soon as operationally possible after a person is admitted to the facility;

4.4 Special Attention Logs be reviewed as possibly redundant to the Client Information System;

4.5 Inmate access to personal and supplied articles (ie laundry bags / cords) that can be used to inflict self-harm be reviewed;

4.6 The sprinkler head model in use at SJRCC be examined for appropriateness in a correctional environment;

4.7 A rescue mask and a rescue knife be mandatory equipment in each Living Unit office and be accounted for and documented at the start of each shift; (Although not a determining factor in Mr. Hood's death);

Deuxième enquête – Jeffery Hood (suite)

4.1 Réviser les fonctions et le processus d'admission du point de vue de la dotation en personnel et de la charge de travail;

4.2 Examiner le système de saisie des données en portant une attention particulière à la fiabilité du système, le signalement et la documentation des défauts de fonctionnement, ainsi que la disponibilité d'unités de rechange;

4.3 Produire un rapport du CIPC et communiquer les renseignements recueillis dès que possible après l'admission d'une personne à l'établissement;

Réviser les registres de remarques particulières pour éviter la redondance possible avec le Système d'information sur la clie;

4.5 Examiner la question de l'accès aux articles personnels et fournis (p. ex. : sacs à lessive, cordes) que les détenus pourraient utiliser pour se faire mal;

4.6 Examiner la tête d'extincteur utilisée au CCRSJ pour s'assurer qu'elle convient au milieu correctionnel;

4.7 Faire du masque de réanimation et du couteau de sauvetage des pièces d'équipement obligatoires pour chaque bureau d'unité d'hébergement et s'assurer de documenter leur présence au début de chaque quart de travail (quoiqu'il ne s'agisse pas d'un facteur déterminant dans le décès de la personne en cause);

Inquest No. 2 – Jeffery Hood continued

4.8 The department supplied pouch containing a rescue mask and protective disposable gloves be carried as a mandatory piece of equipment for every on-duty oficer;

4.9 An upgraded "suction" device be purchased for Medical Services;

4.10 Additional training be provided for all staff in the area of effective report writing, with an emphasis on more complete information with the intention of providing the reader a full understanding of the event;

4.11 All staff involved in supervising shifts be given additional training on crisis management with emphasis on information gathering and scene control;

4.12 The practice of allowing articles of clothing to be placed on railings be reviewed, as it may present officer "site-line" obstructions. This was not a factor in this incident but was noted during the investigation;

4.13 The practice of allowing inmates to block their windows for any reason be reviewed;

4.14 Following a critical incident, the Supervisor speak with each involved staff to determine the ability of that staff member to continue to perform their duties for the remainder of the shift (subject to operational requirements);

Deuxième enquête – Jeffery Hood (suite)

4.8 Obliger chaque agent de service à porter pendant l'exercice de ses fonctions l'étui du Ministère contenant un masque de réanimation et des gants protecteurs jetables;

4.9 Faire l'acquisition d'un meilleur dispositif d'aspiration pour les services médicaux;

4.10 Fournir davantage de formation à tous les membres du personnel en matière de préparation efficace de rapports, en soulignant l'importance de fournir des renseignements plus complets pour permettre aux lecteurs de comprendre pleinement les circonstances en cause;

4.11 Fournir davantage de formation sur la gestion des crises à tous les membres du personnel qui font des rondes de surveillance, en mettant l'accent sur la collecte de renseignements et le contrôle des lieux d'un incident;

4.12 Revoir la pratique de permettre aux détenus de placer des vêtements sur les rampes puisque ces derniers peuvent obstruer la vue des agents (ce facteur n'a pas contribué à l'incident, mais a été noté au cours de l'enquête);

4.13 Revoir la pratique de permettre aux détenus d'obstruer leur fenêtre pour quelque raison que ce soit;

4.14 Demander au surveillant de discuter avec chaque membre du personnel après un incident critique pour déterminer s'il est en mesure de continuer à exercer ses fonctions pour le reste de son quart de travail, selon les besoins opérationnels;

Inquest No. 2 – Jeffery Hood continued

4.15 A formal process be developed to assist "witnessing" inmates following a critical incident;

4.16 A formal and mandatory process be developed to assist involved staff following a critical incident;

4.17 Operationally, once a critical incident is resolved and the scene is secure, videotaping and still photos of the scene be taken to assist with any subsequent investigation.

The Minister of Public Safety advised that virtually all of the elements alluded to in this recommendation were originally identified by the Department's own internal review process. All have been addressed to the extent feasible.

The Minister of Supply and Services advised that preliminary investigations by staff have determined that the sprinkler heads currently installed in the cells are institutional heads. The heads are approximately thirty (30) years old but are not required to be replaced until they are fifty (50) years old. The existing model is no longer being manufactured by the company who produced them at the time of installation. Although another company has taken over the line, our staff believes that there are now heads on the market with a better dynamic releasing load. Departmental staff are currently in the process of testing existing heads from the cells as well as other heads now available. Should they conclude that the dynamic releasing load on the new heads would improve safety conditions in the cells, it would be our intent to replace the existing heads. We intend to make every effort to ensure that the sprinkler heads in the cells are appropriate for the purpose intended.

Deuxième enquête – Jeffery Hood (suite)

4.15 Élaborer une marche à suivre officielle pour aider les détenus qui ont assisté à un incident critique;

4.16 Élaborer une marche à suivre et officielle et obligatoire pour aider les membres du personnel à la suite d'un incident critique;

4.17 Enregistrer sur bande vidéo et prendre des photos des lieux au terme de l'incident critique et après le contrôle des lieux pour répondre aux besoins opérationnels de toute enquête ultérieure.

Le ministre de la Sécurité publique a précisé que presque toutes les questions contenues dans cette recommandation faisaient à l'origine partie du processus de révision interne du ministère et que toutes ont été réglées dans la mesure du possible.

Le ministre de l'Approvisionnement et des Services a précisé que l'enquête préliminaire des membres de son personnel a permis de déterminer que les têtes d'extincteurs présentement installées dans les cellules de détention sont des têtes pour établissements. Les têtes datent d'environ 30 ans, mais il est seulement nécessaire de les remplacer après 50 ans. Ce modèle n'est plus fabriqué par l'entreprise qui les produisait au moment où elles ont été installées. Bien qu'une autre entreprise ait assumé la responsabilité de la gamme, les membres du personnel estiment qu'il y a présentement sur le marché des têtes qui ont eu meilleur dispositif de relâchement de la charge. Les membres du personnel du ministère mettent présentement à l'essai les têtes présentement installées dans la cellule, ainsi que d'autres têtes maintenant disponibles sur le marché. S'il est déterminé que le dispositif de relâchement de la charge de nouvelles têtes pourrait rendre les cellules plus sécuritaires, nous avons l'intention de remplacer les têtes actuelles. Nous prévoyons prendre toutes les mesures à notre disposition pour faire en sorte que les têtes d'extincteurs des cellules conviennent aux fins pour lesquelles elles ont été installées.

Inquest No. 2 – Jeffery Hood continued

Recommendation #5

We feel it is important to ensure that corrections officers' line of sight is not obstructed, that the data acquisition unit system is functioning/used properly, that the inmates are in their assigned cells at lockdown and that documents are properly completed.

The Minister of Public Safety advised that the Department supports this recommendation since it reinforces sound correctional practice.

Recommendation #6

We recommend the correctional facility ensure that family members be notified regarding any medical emergency.

The Minister of Public Safety advised that the Department agrees with this recommendation and has developed policy to support it.

Inquest No. 3 – Jeremie Fournier

An inquest was held from September 4 - 6, 2007 in Bathurst, New Brunswick, into the death of this 19 year old male. Mr. Fournier died on September 15, 2004, when his motorcycle left the road along Route 11. The previous evening the Bathurst Police had conducted a high speed chase along the same route, involving a motorcycle. The inquest provided a forum for a full review of the circumstances, including the relationship between the two events. Based on expert testimony, the jury confirmed that the cause of death was an internal

Deuxième enquête – Jeffery Hood (suite)

Recommandation n° 5

Nous considérons important de faire en sorte que le champ de vision des agents des services correctionnels ne soit pas obstrué, que le système de saisie de données fonctionne bien et soit utilisé adéquatement, qu'au moment du confinement cellulaire, les détenus se trouvent dans la cellule qui leur a été assignée, et que tous les documents soient remplis correctement.

Le ministre de la Sécurité publique a précisé que son ministère appuie cette recommandation puisqu'elle renforce la notion de saine pratique au sein des services correctionnels.

Recommandation n° 6

Nous recommandons que l'établissement correctionnel fasse en sorte que les membres de la famille soient avertis en cas d'urgence médicale.

Le ministre de la Sécurité publique a précisé que son ministère entérine cette recommandation et qu'il a élaboré une directive en appui.

Troisième enquête – Jeremie Fournier

Une enquête publique s'est tenue à Bathurst (Nouveau-Brunswick) du 4 au 6 septembre 2007 relativement à la mort de Jérémie Yvon Fournier, âgé de 19 ans. M. Fournier est décédé le 15 septembre 2004 lorsque sa moto a quitté la chaussée alors qu'il circulait sur la route 11. La veille, des agents du corps de police de Bathurst avaient poursuivi une motocyclette à haute vitesse sur la même route. L'enquête a fourni une tribune qui a permis d'examiner en profondeur les faits entourant ce décès, y compris les liens possibles

Inquest No. 3 – Jeremie Fournier continued

hemorrhage and possible cranio-vertebral dislocation and the manner of death was classified as accidental. Issues examined included the effectiveness of radio communications between municipal police agencies and the RCMP, policies governing hazardous or high speed pursuits, motorcycle design, road design and scene security.

There were three police forces involved in this incident. Bathurst City Police Force was the initial responding agency. However, as the pursuit began, calls for assistance were made to both the BNPP Police Force and the RCMP. Both BNPP and RCMP Jacquet River responded to the request for assistance but none of these officers were able to overtake the motorcycle and none caught sight of the motorcycle at any point.

On September 15 at about 14:15 hours, a trucker discovered a body in the ditch along Route 11, about 1 km north of the Turgeon Road exit. About 15 feet from the body, there was a motorcycle, described as a blue/gray racer style Kawasaki ZK6 Ninja. A helmet and a broken watch were found near the deceased, with the time showing 9:30. An RCMP officer who investigated the fatality recalled a high speed chase the previous night on the same route and thought there might be a connection between the two incidents.

On the previous evening (September 14), a Bathurst Police Force officer observed a motorcycle speeding and by radar established the speed at 126 kph in a 100 kph speed zone. He put his lights on to

Troisième enquête – Jeremie Fournier (suite)

entre la poursuite et le décès. Grâce à la preuve fournie par les experts, le jury a pu confirmer que l'homme était décédé des suites d'une hémorragie interne ainsi que d'une possible dislocation craniovertébrale et que ce décès était considéré comme accidentel. Parmi les questions examinées lors de cette enquête, on retrouvait notamment l'efficacité des communications radio entre les corps policiers municipaux et la GRC, les politiques régissant les poursuites dangereuses ou à haute vitesse, la conception des motocyclettes, la conception des routes de même que les mesures de sécurité appliquées sur les lieux de l'accident.

Trois corps policiers ont joué un rôle dans cet incident. Le premier répondant dans ce cas a été le service de police de Bathurst, qui a toutefois demandé des renforts auprès du service de police régional BNPP et de la GRC aussitôt que la poursuite s'est amorcée. Le service de police régional BNPP et le détachement de Jacquet River de la GRC ont aussitôt répondu à l'appel, mais aucun des agents de ces corps policiers n'ont pu intercepter ou même apercevoir le motocycliste impliqué dans l'incident.

Le 15 septembre, aux environs de 14 h 15, un camionneur a découvert le corps d'un homme dans un fossé le long de la route 11, à environ 1 km au nord de la sortie du chemin Turgeon. À une quinzaine de pieds du corps, on a retrouvé une motocyclette sport gris-bleu Kawasaki ZK6 Ninja. Un casque et une montre brisée, qui affichait 9 h 30 (21 h 30), ont aussi été retrouvés près du corps. Un agent de la GRC qui enquêtait relativement à ce décès s'est souvenu de la poursuite à haute vitesse survenue la veille sur cette même route et a pensé que les deux incidents pouvaient être reliés.

Au cours de la soirée précédente (le 14 septembre), un agent du service de police de Bathurst a vu passer une motocyclette qui filait à haute vitesse. Le radar a établi sa vitesse à 126 kilomètres à l'heure

stop the driver but the motorcycle driver accelerated and did not stop. The officer called for back up and commenced pursuit of the motor cycle. The shift supervisor was also working that night and provided back up to the officer in pursuit of the motorcycle, north along Highway 11. The police cruisers reached speeds of 130 kph to 140 kph, and at times faster. At the Pointe Verte exit, the officer in the first vehicle called off the pursuit as he had lost sight of the motorcycle. He shut down his lights and continued on to the Pointe Verte exit to Route 134. The shift supervisor shut down his lights and proceeded along Highway 11 to the Turgeon Road exit.

During the pursuit, an officer from Bathurst RCMP received a call to assist Bathurst City Police but was too far away to assist. Consequently, RCMP officers from the Jacquet River detachment came across Jacquet River Drive to Route 11. They drove south to Turgeon Road exit, but did not see anything. They put on the take down lights and searched the ditches along Highway 11 but after still failing to see anything, crossed the Turgeon Road and returned to the detachment via Route 134.

An officer from BNPP also responded to the call for assistance and drove south on Route 134, which runs parallel to Route 11. He did not see the pursuit on his patrol. However, he saw a motorcycle

dans une zone où la vitesse maximale autorisée était de 100 kilomètres à l'heure. Le policier a allumé ses gyrophares pour signaler au motocycliste de s'arrêter, mais ce dernier n'en a rien fait, et a accéléré. L'agent a demandé des renforts et est parti à la poursuite de la motocyclette. Le surveillant de quart, qui était également en patrouille ce soir-là, est allé prêter main-forte à son collègue pendant la poursuite, qui s'est déroulée sur la route 11, en direction nord. Au cours de la poursuite, les deux véhicules de police ont atteint des vitesses oscillant entre 130 et 140 kilomètres à l'heure, et parfois plus. L'agent qui conduisait le premier véhicule a demandé de cesser la poursuite à la hauteur de la sortie pour Pointe-Verte parce qu'il avait perdu le motocycliste de vue. Le policier a alors éteint ses gyrophares et a poursuivi sa route en empruntant la sortie pour Pointe-Verte et déboucher sur la route 134. Le surveillant de quart a également éteint ses gyrophares et a poursuivi sa route le long de la route 11, jusqu'à la sortie du chemin Turgeon.

Pendant le déroulement de la poursuite, un agent de la GRC à Bathurst a reçu un appel lui demandant d'aider les policiers de la Ville de Bathurst, mais il se trouvait trop éloigné pour pouvoir intervenir. Ce sont donc des agents de la GRC de Jacquet River qui ont emprunté la promenade Jacquet River pour rejoindre la route 11. Ils se sont dirigés en direction sud jusqu'à la sortie du chemin Turgeon, mais ils n'ont rien vu. Ils ont alors allumé le projecteur de contrôle dirigé en plongée et ont fait le tour des fossés le long de la route 11. N'ayant rien trouvé, ils ont emprunté le chemin Turgeon afin de rejoindre leur détachement par la route 134.

Un agent du service régional de police BNPP a également répondu à la demande d'aide et s'est dirigé en direction sud le long de la route 134, qui est parallèle à la route 11. L'agent n'a pas été

around 9:25 pm, which he pulled over, but it was not the same as the one described by Bathurst City Police. He continued patrolling north on Route 134.

témoin de la poursuite. Il a toutefois intercepté un motocycliste vers 21 h 25, lequel ne correspondait pas à la description fournie par la police de Bathurst. L'agent a ensuite poursuivi sa patrouille en direction nord sur la route 134.

Another officer from BNPP, together with his partner, blocked the ramp at the Nigadoo exit on Highway 11. Although they heard a motorcycle drive past the ramp, they did not see it. They pursued the motorcycle but the chase was so far ahead that they could not catch up. Through radio communication, they heard the Bathurst police officer tell the dispatcher that he had lost sight of the motorcycle, thought the motorcyclist had taken the Pointe Verte exit and he called off the pursuit at that point. The BNPP cruiser stayed on Highway 11 with lights and siren to the Pointe Verte exit. Driving north on Route 134 they met two cars and one of the drivers said he saw a motorcycle going very fast, north on Route 134 but could not describe the bike.

Deux autres agents du service BNPP ont bloqué la bretelle d'accès de la sortie de Nigadoo sur la route 11. Les deux agents ont entendu une motocyclette passer à côté de la bretelle, mais ne l'ont pas vu. Ils ont alors amorcé une poursuite, mais les véhicules avaient pris tellement d'avance qu'ils n'ont pas pu les rattraper. Ils ont entendu à la radio le policier de Bathurst dire à son répartiteur qu'il avait perdu de vue le motocycliste, qu'il pensait que ce dernier avait emprunté la sortie pour Pointe-Verte et qu'il allait cesser la poursuite. L'autopatrouille du service BNPP est demeurée sur la route 11, gyrophares et sirène en marche, jusqu'à la sortie de Pointe-Verte. En se dirigeant vers le nord sur la route 134, les policiers ont croisé deux automobiles. Un des automobilistes a déclaré avoir vu passer une motocyclette à vitesse très élevée en direction nord sur la route 134, mais a été incapable de la décrire.

A civilian witness entered Highway 11 at the Vanier Exit and saw a motorcycle, two police cars and a small red car pass them going very fast. She recalled that she saw a police car turn and go south at the Turgeon Road exit. Although she gave a general description of the driver of the motorcycle, she was not able to describe the motorcycle.

Une dame a déclaré avoir vu la motocyclette, les deux véhicules de police ainsi qu'une petite voiture rouge lorsqu'elle s'est engagée sur la route 11 à partir de la bretelle d'embarquement du boulevard Vanier. Elle a également dit se souvenir avoir vu un des véhicules de patrouille faire demi-tour et se diriger vers le sud, à la hauteur de la sortie du chemin Turgeon. La dame a aussi été en mesure de fournir une description générale du motocycliste, mais a été incapable de décrire la motocyclette.

The next day a motorcycle crash was discovered north of the Turgeon Road exit with one male deceased at the scene, later identified as Jeremie Fournier. One of the officers from the RCMP

Le lendemain de la poursuite, on a découvert le corps d'un motocycliste au nord de la sortie du chemin Turgeon. La victime a par la suite été identifiée comme étant Jérémie Fournier. Un des

Inquest No. 3 – Jeremie Fournier continued

Jacquet River Detachment was working, heard about the fatality and advised his supervisor that there may be a relationship between the fatality and a high speed chase the night before, initiated by the Bathurst City Police.

During the investigation, the officers stated the motorcycle they were following was a different model and colour than the one involved in the fatality. Neither of the officers got close enough during the pursuit to identify the motorcycle and both lost sight of it near the Pointe Verte exit. Testimony at the inquest suggested that their perception of colour may have been affected by the flashing lights of a nearby police cruiser.

At the inquest, an engineer from NB Department of Transportation testified. He advised that the design of the road met the standards for curve and signage. In addition, he testified that the posted speed was appropriate.

A witness from Policing Services, Department of Public Safety, explained that in the 1990s departmental officials collaborated with police forces to establish policing standards. The standards require municipal forces to have policies but are descriptive, rather than prescriptive in style. In some instances, there is a generic policy which the force may adopt, although they may also implement policies that are more stringent. There is a policy on hazardous pursuits which covers all vehicles but there is no specific policy on

Troisième enquête – Jeremie Fournier (suite)

agents de la GRC du détachement de Jacquet River a eu vent de la découverte du corps et a signalé à son surveillant qu'il pouvait y avoir un lien entre cet incident et la poursuite à haute vitesse qui avait été enclenchée la veille par la police de Bathurst.

Au cours de l'enquête, les policiers ayant participé à la poursuite ont déclaré que le modèle et la couleur de la motocyclette ne correspondaient pas au véhicule impliqué dans l'accident mortel. Aucun des agents n'a pu se rapprocher suffisamment de la motocyclette pendant la poursuite pour pouvoir l'identifier correctement et ils l'ont tous deux perdu de vue aux abords de la sortie pour Pointe-Verte. Lors de l'enquête publique, on a émis l'hypothèse selon laquelle la perception des couleurs des policiers avait peut-être été faussée par les gyrophares d'un véhicule de police situé à proximité.

Un ingénieur du ministère des Transports du Nouveau-Brunswick a témoigné de la conformité de la conception de la route relativement au tracé des courbes et à la signalisation en place. Il a aussi ajouté que les limites de vitesse indiquées étaient appropriées dans cette zone.

Un représentant des Services de police du ministère de la Sécurité publique a indiqué qu'au cours des années 1990, des représentants du gouvernement et des corps policiers avaient collaboré à l'établissement de normes de police. Ces normes, qui doivent être appliquées par les forces policières municipales, sont de nature descriptive plutôt que normative. Dans certains cas, le service de police a le choix entre adopter une politique générique qui peut être appliquée telle quelle ou établir ses propres normes, qui sont souvent alors plus

motorcycles. He confirmed that Bathurst Police Force adopted the generic policy that the required report was filed with Policing Services and the report did not note any problems in this instance.

The scene of the fatality was examined by a traffic analyst with the RCMP, late in the day on September 15, 2004. By that time, the available evidence was compromised by the fact that many people had walked through the scene and the analyst did not recall seeing a helmet at the scene. The analyst concluded that speed was in the range of 125 kph and that speed caused the crash, since the motorcyclist was going too fast for the curve. He confirmed that the motorcycle was not inspected because mechanical failure did not cause the loss of control.

The Bathurst City Police became aware of the fatality on September 15, just as the reports were being prepared on the high speed pursuit. The Bathurst City Police concluded that there were no issues or concerns and that the decision to commence the high speed pursuit was justified based on the radar reading.

rigoureuses. Il existe effectivement une politique relative aux poursuites dangereuses qui s'applique à tous les véhicules, mais il n'existe pas de politique particulière ayant trait aux motocyclettes. Le représentant du gouvernement a aussi confirmé que la police de Bathurst avait adopté la politique générique. Le service de police de Bathurst a soumis le rapport requis dans ce cas et ce dernier ne faisait pas état de problèmes particuliers.

Un spécialiste de l'analyse du trafic de la GRC a examiné les lieux de l'accident à la fin de la journée du 15 septembre 2004. Malheureusement, à ce moment, l'ordonnance des preuves avait été compromise parce que de nombreuses personnes avaient circulé sur les lieux. L'analyste a déclaré ne pas se souvenir de la présence d'un casque sur les lieux. L'expert a conclu que la motocyclette devait circuler aux environs de 125 kilomètres à l'heure et que c'est la vitesse qui serait à la source de l'accident puisqu'elle était trop élevée pour permettre au conducteur de négocier adéquatement la courbe située à cet endroit. L'analyste a aussi confirmé qu'on n'avait pas procédé à un examen mécanique de la motocyclette puisqu'il était évident que la perte de la maîtrise du véhicule n'était pas due à un ennui mécanique.

Le service de police de Bathurst a été informé du décès le 15 septembre 2004, au moment même où les agents préparaient leur rapport relativement à la poursuite à haute vitesse de la veille. Le service de police de Bathurst a jugé qu'il n'avait rien à se reprocher dans cette affaire puisque la décision d'entreprendre la poursuite était justifiée par la vitesse du véhicule, qui avait été enregistrée par radar.

Inquest No. 3 – Jeremie Fournier continued

The jury made the following five recommendations:

1. Police departments that are working in the same area should be using the same communication device to ensure better coordination of their efforts, if needed.

2. Regular meetings between the police departments to revise policies and procedures in place.

3. The hazardous pursuit policy should be revised to include a maximum limit on the speed when a police officer is engaged in a hazardous pursuit.

4. The corporations who are building motorcycles should impose a limitation on the maximum speed for legal road use.

5. A motor vehicle accident scene should be treated as a crime scene to avoid any contamination by other parties; therefore, reconstruction, if needed, would be more accurate.

The recommendations were forwarded for consideration to the Departments of Supply & Services and Public Safety. The recommendations were also forwarded to the NB Association of Chiefs of Police and the Commanding Officer "J" Division, RCMP.

Recommendation #1

Police departments that are working in the same area should be using the same communication device to ensure better coordination of their efforts, if needed.

Troisième enquête – Jeremie Fournier (suite)

Le jury a effectué les cinq recommandations suivantes :

1. Que les services de police travaillant dans une même région utilisent le même système de communication pour mieux coordonner leurs efforts, au besoin.

2. Que les services de police se rencontrent régulièrement pour passer en revue leurs directives et leurs modalités.

3. Que la directive sur les poursuites dangereuses soit révisée de façon à préciser la limite de vitesse maximale qu'un agent de police ne doit pas dépasser dans de telles situations.

4. Que les fabricants de motocyclettes imposent une limite de vitesse pour les motos destinées à la conduite sur route selon la loi.

5. Que les lieux d'un accident soient traités comme les lieux d'un crime pour éviter toute altération des lieux par d'autres parties, permettant ainsi une reconstitution plus exacte, si nécessaire.

Les recommandations ont été présentées aux ministères de l'Approvisionnement et des Services et de la Sécurité publique aux fins d'examen. Elles ont également été transmises à l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick et au commandant de la Division « J » de la GRC.

Recommandation n° 1

Que les services de police travaillant dans une même région utilisent le même système de communication pour mieux coordonner leurs efforts, au besoin.

Inquest No. 3 – Jeremie Fournier continued

The Ministers of Supply & Services and Public Safety advised that the existing radio communication system was implemented many years ago and the scope of development of a new system in recent years has determined significant challenges, including the overall excessive costs; however, they are continuing to pursue a solution. One of the key considerations for a radio communications system is the ability of the users to interoperate or to be able to communicate with one another at a scene. The next generation radio communication system will have this requirement included in a Request for Proposals (RFP) document and the responses will be evaluated based on the ability to deliver a radio communication solution that permits users to interoperate. This RFP to determine the best fit approach was conducted late in 2007.

The RCMP advised that there are and have been efforts to coordinate communications between various police services within and outside the Province. Start-up and maintenance issues are complex but more efficient means of communication will eventually be achieved.

The NB Association of Chiefs of Police (NBACP) advised that there is an on-going project within the provincial government to renew the provincial wireless radio system and the Association has recommended strongly that interoperability is an impe

Recommendation #2

Regular meetings between the police departments to revise policies and procedures in place.

Troisième enquête – Jeremie Fournier (suite)

Les ministres de l'Approvisionnement et des Services et de la Sécurité publique ont précisé que le système de communication radio a été installé il y a plusieurs années et que les études de faisabilité en vue de l'implantation d'un nouveau système avaient révélé plusieurs obstacles à sa mise en place, notamment des coûts exorbitants. Les ministres ont toutefois indiqué qu'ils continuaient de chercher une solution à ce problème. Un des éléments recherchés relativement au système de communication est de permettre aux interlocuteurs d'interopérer ou de communiquer entre en eux sur les lieux de l'enquête. Cette caractéristique sera incluse dans la demande de proposition (DP) et les soumissions seront évaluées en fonction de la capacité de fournir cette option. Cette DP fait suite à l'étude de faisabilité optimale effectuée à la fin de 2007.

La GRC a précisé avoir fait des efforts (et le fait toujours) pour coordonner l'acheminement des communications entre les divers corps policiers de la province et d'ailleurs. Les questions de démarrage et de suivi sont toujours complexes, mais la GRC croit qu'elle réussira éventuellement à se doter d'un système de communication plus efficace.

L'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick a précisé qu'une initiative présentement en cours avec le gouvernement provincial vise à mettre à niveau le réseau de radiocommunication sans fil et qu'elle a recommandé fortement d'établir l'interopérabilité comme question prioritaire.

Recommandation n° 2

Que les services de police se rencontrent régulièrement pour passer en revue leurs directives et leurs modalités.

Inquest No. 3 – Jeremie Fournier continued

The Minister of Public Safety advised that staff from the Policing Services Branch facilitates and coordinates the ongoing review and development of police specific policies. Joint meetings and consultation with all Chiefs of Police representatives occur regularly each year and ensures this approach will continue.

The RCMP advised that while police forces have their own policies and procedures, they are often shared through the NB Associations of Chiefs of Police.

The NB Association of Chiefs of Police advised that there is an existing joint committee of NBACP supported by the department of Public Safety staff that works to develop and harmonize policing policies.

Recommendation #3

The hazardous pursuit policy should be revised to include a maximum limit on the speed when a police officer is engaged in a hazardous pursuit.

The Minister of Public Safety advised that this recommendation will be forwarded to the NB Associations of Chiefs of Police Policy Committee for consideration.

The RCMP advised that speed at which to terminate a pursuit is based on a risk assessment of the circumstances of each incident. There are too many variables to set a limit on police vehicle speed. The RCMP has a comprehensive policy on vehicle pursuits.

Troisième enquête – Jeremie Fournier (suite)

Le ministre de la Sécurité publique a précisé que le personnel de la Direction des services de police assurait la coordination et l'évaluation continue des politiques relatives aux services de police. La Direction tient régulièrement des rencontres et des exercices de consultation avec l'ensemble des chefs de police ou leurs représentants. La Direction veillera au maintien de ce processus.

La GRC a précisé que même si les différents corps policiers disposaient de politiques et de procédures propres, ces dernières font souvent l'objet d'échanges et de discussions dans le cadre des travaux de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick.

L'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick a précisé qu'un comité mixte formé avec des membres du ministère de la Sécurité publique vise à élaborer et à uniformiser les directives sur les services de police.

Recommandation n° 3

Que la directive sur les poursuites dangereuses soit révisée de façon à préciser la limite de vitesse maximale qu'un agent de police ne doit pas dépasser dans de telles situations.

Le ministre de la Sécurité publique a précisé que cette recommandation serait transmise au comité de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick aux fins d'examen.

La GRC a précisé que la vitesse à laquelle une poursuite devait prendre fin était fondée sur une évaluation des risques inhérents à chaque incident. Il existe trop de variables à prendre en compte pour qu'on puisse déterminer à l'avance une limite de vitesse à appliquer. La GRC dispose d'une politique détaillée concernant les poursuites automobiles.

Inquest No. 3 – Jeremie Fournier continued

The NB Association of Chiefs of Police advised that the imposition of speed limits in these cases is not practical due to the wide variety of circumstances that officers may encounter. Policies that are in place are focused strongly on public and officer safety.

Recommendation #4

The corporations who are building motorcycles should impose a limitation on the maximum speed for legal road use.

There was no specific response on this issue.

Recommendation #5

A motor vehicle accident scene should be treated as a crime scene to avoid any contamination by other parties; therefore, reconstruction, if needed, would be more accurate.

The Minister of Public Safety advised that this approach to an accident scene is standard operating procedure.

The RCMP advised that fatal collision scenes are protected as much as possible to avoid contamination. The police have no control over who enters such a scene before their arrival.

Inquest No. 4 – Christopher Comeau

An inquest was held in Miramichi from October 1 - 3 and 9 - 10, 2007 into the death of Christopher (Max) Comeau. He was hit by a Miramichi Police Force cruiser close to midnight on August 3, 2006, while walking home along the Bridge Road, just

Troisième enquête – Jeremie Fournier (suite)

L'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick indique qu'il n'est pas pratique d'imposer des limites de vitesse pour de tels cas en raison de la vaste gamme de circonstances auxquelles doivent faire face les agents de police. Les directives présentement en vigueur placent fortement l'accent sur la sécurité du grand public et des agents de police.

Recommandation n° 4

Que les fabricants de motocyclettes imposent une limite de vitesse pour les motos destinées à la conduite sur route selon la loi.

Aucune réponse précise n'a été fournie à ce sujet.

Recommandation n° 5

A motor vehicle accident scene should be treated as a crime scene to avoid any contamination by other parties; therefore, reconstruction, if needed, would be more accurate.

Le ministre de la Sécurité publique a précisé que cette approche d'une scène d'accident faisait partie des instructions permanentes d'opération.

La GRC a précisé qu'on protège autant que possible les lieux d'une collision mortelle afin d'éviter toute contamination. Cependant, il est impossible pour les policiers d'interdire l'accès à ces lieux avant qu'eux-mêmes y parviennent.

Quatrième enquête – Christopher Comeau

Une enquête s'est tenue à Miramichi du 1er au 3 octobre et du 9 au 10 octobre 2007 afin d'examiner les circonstances du décès de Christopher (Max) Comeau. L'homme a été heurté par un véhicule de patrouille du service de police de Miramichi aux

Inquest No. 4 – Christopher Comeau continued

past the Morissey Bridge. The cause of death was multiple trauma (pedestrian hit by motor vehicle). Based on the pattern of injuries, the pathologist believed the deceased was facing the vehicle and turned slightly to the left when he contacted the vehicle. The jury concluded the manner of death was accidental.

Issues examined during the inquest included the cause of the collision, lighting, sidewalks and crosswalks at the site, the speed of the vehicle, the significance of the deceased's visual impairment and alcohol impairment in the death. The inquest also examined the condition of the police cruiser, emergency response, recovery of property and scene integrity.

During the investigation, statements were made that Max jumped in front of the vehicle and that he suffered from depression. Consequently, testimony included evidence that he had been hospitalized in 2002, assessed for depression and released with a recommendation for counselling. Witnesses confirmed that from 2002 until his death in August 2006, Max never sought treatment nor received services for depression.

The toxicologist testified that both alcohol and THC (marijuana) were present in the blood. However, she testified that the level of alcohol was significant at more than twice the legal limit, since it could impair judgement, coordination and may affect

Quatrième enquête – Christopher Comeau (suite)

environs de minuit, le 3 août 2006, alors qu'il rentrait chez lui à pied. La collision a eu lieu sur le chemin Bridge, tout juste au-delà du pont Morissey. L'homme est décédé des suites de traumatismes multiples (piéton happé par un véhicule à moteur). Vu la répartition des blessures, le pathologiste pense que l'homme faisait face au véhicule et qu'il était tourné légèrement vers la gauche au moment de l'impact. Le jury a conclu que le décès était de nature accidentelle.

Parmi les questions examinées au cours de l'enquête, on retrouvait la cause de la collision, l'éclairage, la présence de trottoirs et de passages pour piétons sur les lieux, la vitesse du véhicule de police de même que l'incidence du handicap visuel dont souffrait l'homme et d'une intoxication à l'alcool dans ce décès. On a aussi traité de l'état du véhicule de police, de l'intervention d'urgence, du recouvrement des objets sur les lieux de l'accident ainsi que de l'intégrité des lieux de l'accident.

Au cours de l'enquête on a entendu des témoignages à l'effet que M. Comeau avait sauté devant le véhicule et qu'il souffrait de dépression. Par conséquent, la preuve contenait des données à l'effet que M. Comeau avait été hospitalisé en 2002 afin de subir une évaluation pour dépression et qu'on lui avait donné son congé en lui recommandant de recourir à des services de counselling. Des témoins ont confirmé que de 2002 à sa mort, en août 2006, M. Comeau n'a jamais demandé ni reçu de soins pour traiter une dépression.

La toxicologue a confirmé la présence d'alcool et de THC (marijuana) dans le sang de M. Comeau. Elle a aussi indiqué que l'alcoolémie était significative puisqu'elle atteignait plus de deux fois la limite légale permise et que cela a pu avoir une incidence

Inquest No. 4 – Christopher Comeau continued

perception, peripheral vision and reaction time. Several witnesses testified that Max was born with Usher Syndrome, a congenital condition that left him profoundly deaf and with impaired vision. The condition, Retinitis Pigmentosa, affected his peripheral vision and night vision. His opthamologist testified that for Max to see an oncoming car at night, he would have to be facing the car. Whereas a person with normal vision could react to such a change in less than 1 minute, Max would need 2-3 minutes to react to the change.

The officer who drove the police cruiser testified to his recollections from that evening. He stated that he had turned his high beams on prior to the collision and believed his speed to be between 40 and 50 kph. The by-law for in city vehicle traffic sets speed limits at 50 kph unless otherwise posted. He testified that he did not recall any screeching sound from the brakes and did not remember backing up.

The Miramichi City Police Force arranged for a Collision Reconstruction Team from the Fredericton Police Force to establish how and why the collision occurred. The Miramichi Police Force had responsibility for the scene from just before midnight until 02:40 when the collision reconstruction team arrived. There were no eye witnesses to the incident although there were witnesses who crossed the bridge after the incident occurred, just prior to the area being secured.

The roadway evidence included a sneaker, cap, tire mark and fine glass, all of which was in the travel lane. Photos also showed a sock in the paved shoulder beyond the fog line. The reconstructionist testified that roadway evidence is very important

Quatrième enquête – Christopher Comeau (suite)

négative sur le jugement, la perception, la vision périphérique et le temps de réaction de la victime. Plusieurs témoins ont également indiqué que M. Comeau souffrait du syndrome d'Usher, une maladie héréditaire qui avait entraîné chez lui une surdité profonde et un déficit visuel, soit une rétinite pigmentaire qui limitait sa vision périphérique et sa vision nocturne. L'ophtalmologiste de M. Comeau a indiqué que ce dernier devait faire face à un véhicule pour pouvoir le voir la nuit. De plus, selon lui, une personne dotée d'une vision normale aurait réagi à l'approche du véhicule dans un délai de moins d'une minute, tandis qu'il aurait fallu entre deux et trois minutes à M. Comeau pour réagir.

L'agent qui conduisait le véhicule de police a livré son témoignage. Il a indiqué qu'il avait allumé ses feux de route avant l'accident et qu'il roulait à quelque 40 à 50 kilomètres à l'heure. Le règlement municipal stipule que la vitesse allouée en ville est de 50 kilomètres à l'heure, à moins qu'il n'en soit indiqué autrement. Le policier ne se souvient pas d'avoir entendu le bruit des freins ou d'avoir reculé.

Le service de police de Miramichi a demandé à l'équipe de reconstitution des lieux d'accident de la police de Fredericton d'examiner les lieux afin de déterminer pourquoi et comment cet accident s'était produit. La police de Miramichi a été responsable des lieux de l'accident entre les environs de minuit et 2 h 40, moment où l'équipe d'experts est arrivée sur place. Il n'y a eu aucun témoin oculaire de l'accident, mais des témoins ont franchi le pont immédiatement après l'accident, avant qu'on ne sécurise les lieux.

Parmi les preuves recueillies sur la chaussée de la voie de circulation, on retrouvait une espadrille, une casquette, des marques de pneu et de petits éclats de verre. On pouvait également voir sur des photos la présence d'une chaussette sur l'accotement pavé,

because experience shows that hats and shoes tend to remain in the area of impact. The second sock and sneaker were not recovered on the night of the incident. Although the sneaker was found the next day, some distance from the accident scene, the reconstructionist testified this did not affect his conclusions.

The reconstructionist testified that he used three standard methods to assess the data he collected. He testified that he was not able to identify a point of impact and that the actual point of impact was likely further back, based on where glass had fallen. He was only able to identify an area of impact. He assessed the speed as between 59 kph and 96 kph and testified that because of the impact site and throw distance, the speed may have been higher or lower than this range.

The reconstructionist testified that he believed the pedestrian was in the travel portion of the road (likely close to the fog line) when he was struck. He testified that his conclusions reflect the fact that (1) there were no eye witnesses (2) there was no exact point of impact and (3) the calculation of the throw distance was affected by the likelihood that the body stayed on the vehicle. The reconstructionist believed the driver was going down the road, was involved in a collision and

au-delà de la ligne. L'expert en reconstitution a précisé que les objets recueillis sur les lieux d'un accident sont très importants puisque les chapeaux et les chaussures demeurent très souvent dans la zone d'impact. La deuxième espadrille et la deuxième chaussette n'ont pas été recueillies au cours de la nuit de l'accident. Cependant, même si la deuxième espadrille n'a été retrouvée que le lendemain et à une certaine distance du lieu de l'impact, l'expert a déclaré que cela n'avait pas eu d'incidence sur ses conclusions.

L'expert en reconstitution a indiqué avoir eu recours à trois méthodes conventionnelles pour évaluer les données recueillies. Il a précisé qu'il n'avait pas été mesure de déterminer le point d'impact exact et que ce dernier se trouvait vraisemblablement plus loin, là où on a trouvé les morceaux de verre. L'expert a toutefois pu délimiter la zone d'impact. Il a évalué que le véhicule roulait entre 59 et 96 kilomètres à l'heure. Il a cependant précisé que, vu la zone d'impact et la distance de projection suivant l'impact, la vitesse du véhicule aurait pu être supérieure ou inférieure à l'intervalle cité.

Selon l'expert en reconstitution, la victime se serait trouvée sur la chaussée de la voie de circulation de la route (vraisemblablement tout près de la ligne de l'accotement) lorsqu'elle a été heurtée par le véhicule de police. L'expert a indiqué que ses conclusions tenaient compte du fait 1) qu'aucun témoin oculaire n'était présent au moment de l'accident; 2) qu'il lui avait été impossible de déterminer avec précision le point d'impact; et 3) qu'il avait tenu compte, dans son calcul de la

reacted. There was no evidence of evasive actions or braking prior to area of impact, although there was a tire mark which he stated matched the vehicle.

distance de projection, de la possibilité que le corps soit demeuré sur le véhicule. Selon l'expert, le conducteur du véhicule aurait inopinément a été impliqué dans une collision et aurait par la suite réagi à la situation. L'expert a affirmé n'avoir observé aucun signe de manœuvre d'évitement ou de freinage, même si on a retrouvé une trace de pneu concordant avec le véhicule.

The reconstructionist directed that the vehicle be secured in a compound for inspection by a certified mechanic. The mechanic examined the vehicle according to provincial standards and testified that the vehicle had passed inspection just two months prior to the incident (June 2006). His inspection identified that (1) the switch from high to low beams did not work (2) the ABS sensor was on and (3) there were deficiencies with the braking system. He noted that although the ABS sensor was on, even if the anti-lock braking system might not be working, the vehicle would still have brakes. However, based on the condition of the right rear brake pads, he reported the vehicle would fail a motor vehicle inspection.

L'expert en reconstitution a fait remorquer le véhicule à une fourrière sécurisée afin qu'il soit inspecté par un mécanicien certifié. Le mécanicien, qui a inspecté le véhicule en vertu des normes provinciales en vigueur, a indiqué que le véhicule avait été soumis avec succès à une inspection provinciale tout juste deux mois avant l'accident, soit en juin 2006. L'inspection avait permis de déterminer 1) que le commutateur permettant de passer des feux de croisement aux feux de route ne fonctionnait pas; 2) que le voyant d'ABS était allumé et 3) que le système de freinage présentait des déficiences. Le mécanicien a toutefois précisé que même si le voyant d'ABS était allumé et que le système antiblocage des freins n'avait pas fonctionné, les freins du véhicule auraient tout de même fonctionné. Cependant, il a aussi indiqué que vu le mauvais état de la plaquette de frein arrière droite, le véhicule aurait été recalé lors d'une inspection.

The officer responsible for vehicle maintenance provided testimony on the maintenance policies and processes for the 16 vehicle fleet. The city tenders the maintenance and a report is completed by the service provider. Vehicles are inspected every 5,000 km which represents about 3 weeks of continuous use of a police cruiser. The sergeant

L'agent chargé du parc de 16 véhicules de police de Miramichi a fourni un témoignage concernant les politiques et les modalités d'entretien des véhicules placés sous sa responsabilité. Il a indiqué que la Ville faisait effectuer l'entretien des véhicules à contrat et demandait au fournisseur qui effectuait le travail de fournir un rapport. Il a précisé que les

Inquest No. 4 – Christopher Comeau continued

testified that brakes on police cruisers are replaced every 20-30,000 km. The vehicle was shared by four officers, driven 24 hours daily and was scheduled to be retired at the end of the month.

He also testified that their service provider had advised the ABS light was not a safety issue, was a problem in the wiring harness and that the vehicle passed inspection just two months prior to the incident. The vehicle had brake repairs twice in the prior year and although it was close to the time for replacement of the brakes, it was within the policy guidelines. The sergeant testified that the vehicle was scheduled to be decommissioned at the end of August and the replacement was on the lot, awaiting installation of emergency equipment. New equipment with GPS capability and video has been purchased for two of the four vehicles which are used most frequently. This equipment has the ability to record the speed of vehicle and to record activity in front of the vehicle.

Testimony included evidence on a number of factors that may be relevant to pedestrian safety. Witnesses confirmed that the Department of Transportation has responsibility for maintaining the sidewalk on the bridge and for the structural

Quatrième enquête – Christopher Comeau (suite)

véhicules sont inspectés à tous les 5 000 kilomètres, ce qui représente environ trois semaines d'utilisation continue pour un véhicule de patrouille. Le sergent a aussi précisé que les freins de ces véhicules étaient changés à tous les 20 000 à 30 000 kilomètres. Le véhicule impliqué dans l'accident, qui était partagé par quatre agents et utilisé 24 heures sur 24, devait être mis au rancart à la fin du mois.

L'agent responsable des véhicules a également indiqué que le mécanicien chargé de l'entretien lui avait dit que la présence du voyant d'ABS ne constituait pas un danger puisque cela était dû à un problème du faisceau de câblage, et que le véhicule avait passé l'inspection provinciale tout juste deux mois avant l'accident. Les freins du véhicule avaient été changés à deux reprises au cours de l'année précédente et, même si le moment de les remplacer à nouveau approchait, on respectait encore les lignes directrices à ce sujet. Le sergent a aussi précisé que le véhicule devait être mis au rancart à la fin du mois d'août et être remplacé par un véhicule qui était déjà arrivé dans le parc automobile, mais qu'on n'avait pas encore mis en service parce qu'on devait encore y installer de l'équipement de sécurité. Ce nouvel équipement, qui comporte notamment un GPS et une caméra vidéo, devait être installé sur deux des quatre véhicules les plus fréquemment employés. Cet équipement permet notamment d'enregistrer la vitesse de croisière du véhicule et de filmer ce qui se passe à l'avant du véhicule.

Les témoignages ont également porté sur des données pouvant avoir une incidence sur la sécurité des piétons. Des témoins ont ainsi confirmé que le ministère des Transports est responsable de l'entretien du trottoir situé sur le pont ainsi que de

integrity and maintenance of the bridge. All other areas are the responsibility of the City of Miramichi since Bridge Street and Jane Street are municipal roads.

Testimony also confirmed that the province requires adherence to national standards on design of crosswalks and sidewalks in their area of jurisdiction. While these are not a requirement for a municipality they are a good best practice model.

Testimony also confirmed the city's policy on lighting – "that the city will endeavour to provide lighting on every second hydro pole or at a distance of 100-125 meters between poles".

RECOMMENDATIONS OF THE JURY

1. Additional lighting between first and fourth pole and check to make sure lights are of the highest wattage to get maximum light.

2. As an immediate measure, reflective white painted lines on both sides of road to intersection with diagonal strips installed on Nelson side of Bridge Road to mark proper walkway.

3. A marked crosswalk, with signs, be installed where trails cross Bridge Road.

4. Blood and alcohol testing should be done in all matters involving policing authorities involved in a fatality.

veiller à l'intégrité structurale du pont et à son entretien. Toutes les autres questions relèvent de la Ville de Miramichi puisque les chemins Bridge et Jane sont des routes municipales.

Les témoignages ont également permis de confirmer que la province exige qu'on se conforme aux normes nationales en vigueur relativement à la conception des passages pour piétons et des trottoirs sur les territoires dont elle la responsabilité. Bien que le respect de ces normes ne soit pas exigé pour les municipalités, elles constituent un modèle de bonne pratique à respecter.

Enfin, les témoignages ont permis de confirmer la politique municipale en vigueur relativement à l'éclairage des rues, soit que « la Ville s'efforcera d'installer un lampadaire à tous les deux poteaux électriques, ou à intervalles de 100 à 125 mètres entre les poteaux électriques ».

RECOMMANDATIONS DU JURY

1. Installer des lampadaires supplémentaires entre le premier et le quatrième poteau et s'assurer d'utiliser la puissance d'éclairage maximale pour illuminer le secteur au maximum.

2. Peinturer immédiatement des lignes blanches réfléchissantes des deux côtés de la route à l'intersection, avec des bandes diagonales appliquées du côté de Nelson du chemin Bridge pour indiquer l'endroit où il faut traverser.

3. Créer un passage pour piétons marqué, avec des panneaux installés à l'endroit où le sentier traverse le chemin Bridge.

4. Rendre obligatoires les analyses sanguines et les tests de dépistage d'alcool pour tous les accidents avec décès impliquant un agent de police.

Inquest No. 4 – Christopher Comeau continued

5. Immediate consideration to install a raised sidewalk from bridge to intersection with crosswalk also at intersection.

RECOMMENDATIONS OF THE PRESIDING CORONER

1. That a clear mandate statement be prepared by the police force, and provided to the outside, independent police agency as to the parameters of the investigation.

The recommendations were forwarded for consideration to the Departments of Transportation and Public Safety. The recommendations were also forwarded to the NB Association of Chiefs of Police, the City of Miramichi and the Miramichi Police Force. The City of Miramichi responded on behalf of both the City and the Police Force.

The Minister of Transportation advised that many of the recommendations fall within the jurisdiction of the City of Miramichi since this fatal collision occurred on a municipal street. The Department of Transportation has no further comment.

RECOMMENDATIONS OF THE JURY

Recommendation #1

Additional lighting between first and fourth pole and check to make sure lights are of the highest wattage to get maximum light.

The City of Miramichi advised that an additional light has been installed between the first and fourth poles.

Quatrième enquête – Christopher Comeau (suite)

5. Étudier immédiatement la possibilité d'installer un trottoir surélevé du pont à l'intersection, ainsi qu'un passage pour piétons à l'intersection.

RECOMMANDATION DU CORONER ENQUÊTEUR

1. Que le service de police prépare un énoncé de mandat clair et le fournisse au service de police externe indépendant de façon à pouvoir établir les paramètres de l'enquête.

Les recommandations ont été présentées aux ministères des Transports et de la Sécurité publique aux fins d'examen. Elles ont également été transmises à l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick, à la Ville de Miramichi ainsi qu'au service de police de Miramichi. La Ville de Miramichi a répondu aux recommandations en son nom, ainsi qu'au nom de son service de police.

Le ministre des Transports a précisé que plusieurs de ces recommandations s'adressaient essentiellement à la Ville de Miramichi puisque cette collision fatale était survenue sur une rue municipale. Le ministère des Transports n'a pas émis d'autres commentaires.

RECOMMANDATIONS DU JURY

Recommandation n° 1

Installer des lampadaires supplémentaires entre le premier et le quatrième poteau et s'assurer d'utiliser la puissance d'éclairage maximale pour illuminer le secteur au maximum.

La Ville de Miramichi a précisé qu'un lampadaire additionnel avait été ajouté entre les premier et quatrième poteaux.

Inquest No. 4 – Christopher Comeau continued

Recommendation #2

As an immediate measure, reflective white painted lines on both sides of road to intersection with diagonal strips installed on Nelson side of Bridge Road to mark proper walkway.

The City of Miramichi advised that white painted lines were put on both sides of the Bridge Road to designate walkway area.

Recommendation #3

A marked crosswalk, with signs, be installed where trails cross Bridge Road.

The City of Miramichi advised that ADI Limited has been retained to study and comment upon the placement of a marked crosswalk where trails cross Bridge Road.

Recommendation #4

Blood and alcohol testing should be done in all matters involving policing authorities involved in a fatality.

The City of Miramichi advised that the provisions of the Criminal Code of Canada dictates that a demand for a breath sample can only be made where reasonable and probable grounds exist to believe that the operator of a motor vehicle is under the influence of alcohol. The test is more stringent where a blood sample is sought. The City of Miramichi does not have the legislative authority to vary the provision of the Criminal Code of Canada.

Quatrième enquête – Christopher Comeau (suite)

Recommandation n° 2

Peinturer immédiatement des lignes blanches réfléchissantes des deux côtés de la route à l'intersection, avec des bandes diagonales appliquées du côté de Nelson du chemin Bridge pour indiquer l'endroit où il faut traverser.

La Ville de Miramichi a précisé que des lignes blanches avaient été peintes des deux côtés de la rue Bridge afin de désigner clairement le passage réservé aux piétons.

Recommandation n° 3

Créer un passage pour piétons marqué, avec des panneaux installés à l'endroit où le sentier traverse le chemin Bridge.

La Ville de Miramichi a précisé avoir retenu les services de la société ADI Limited, qui étudiera et commentera l'aménagement d'un passage piétonnier délimité là où les pistes traversent la rue Bridge.

Recommandation n° 4

Rendre obligatoires les analyses sanguines et les tests de dépistage d'alcool pour tous les accidents avec décès impliquant un agent de police.

La Ville de Miramichi a précisé qu'en vertu du Code criminel du Canada, on ne peut pas demander au conducteur d'un véhicule automobile de fournir un échantillon d'haleine à moins de disposer d'un motif raisonnable de croire que ce dernier pourrait avoir consommé de l'alcool. Les dispositions sont encore plus restrictives dans le cas d'un échantillon de sang. La Ville de Miramichi ne possède pas la compétence législative nécessaire pour modifier les

Inquest No. 4 – Christopher Comeau continued

Any measures adopted by the municipality to require policing authorities involved in a fatality to participate in blood and alcohol testing would be contrary to the Canadian Charter of Rights and Freedoms (as well as other legislation).

The Minister of Public Safety advised that he will be writing to all New Brunswick Chiefs of Police and the Assistant Commissioner of the RCMP to inform them of the noted recommendations.

The NB Association of Chiefs of Police (NBACP) advised that the issue of blood and alcohol testing, within the context of an investigation into a traffic accident, is one of criminal investigative procedures and not something that can be applied based solely on the occupation of those involved in the accident. If there are grounds to believe an offence was committed, it is our expectation that the police officers conducting the investigation will do so according to the law.

Recommendation #5

Immediate consideration to install a raised sidewalk from bridge to intersection with crosswalk also at intersection.

The City of Miramichi advised that ADI Limited has been retained to study and comment upon the installation of a raised sidewalk from bridge to intersection with crosswalk also at intersection.

Quatrième enquête – Christopher Comeau (suite)

dispositions du Code criminel du Canada. Toute mesure adoptée par la municipalité qui forcerait les forces policières en présence à prélever des échantillons de sang et d'haleine irait à l'encontre de la Charte canadienne des droits et libertés (et d'autres lois).

Le ministre de la Sécurité publique a précisé qu'il écrirait à tous les chefs de police du Nouveau-Brunswick ainsi qu'au Commissaire adjoint de la GRC afin de leur faire part des recommandations effectuées pour ce cas.

L'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick a précisé que la décision de procéder à l'évaluation du taux d'alcoolémie dans le sang, dans le contexte d'une enquête sur un accident de la route, relève des procédures d'enquête criminelle, et ne peut être prise uniquement en fonction de la profession des personnes impliquées dans un accident. S'il y a des motifs de croire qu'une infraction a été commise, nous nous attendons à ce que les agents de police mènent l'enquête conformément à la loi.

Recommandation n° 5

Étudier immédiatement la possibilité d'installer un trottoir surélevé du pont à l'intersection, ainsi qu'un passage pour piétons à l'intersection.

La Ville de Miramichi a précisé avoir retenu les services de la société ADI Limited qui sera chargée d'étudier et de commenter l'installation d'un trottoir surélevé qui ira du pont à l'intersection ainsi que d'un passage piétonnier, qui sera aménagé à l'intersection.

Inquest No. 4 – Christopher Comeau continued

RECOMMENDATION OF THE PRESIDING CORONER

That a clear mandate statement be prepared by the police force, and provided to the outside, independent police agency as to the parameters of the investigation.

The City of Miramichi advised that the police department has confirmed that all future written requests to outside police agencies regarding investigation of Miramichi police officers will contain a clear instruction that the outside agency is to have complete control of and responsibility for the subject investigation.

The Minister of Public Safety advised that it is important that the scope of the investigation is sufficiently described to ensure the matter is investigated thoroughly and professionally. He also agrees that officers involved anticipate that an inquest may be called and appropriate evidence be presented by the investigative police force members.

The NB Association of Chiefs of Police advised that while they frequently activate investigations at the request of other agencies, they have a policy that requires a mandate statement. There would be value to the implementation of such a policy and it will be taken into consideration in their policy development process.

Quatrième enquête – Christopher Comeau (suite)

RECOMMANDATION DU CORONER ENQUÊTEUR

Que le service de police prépare un énoncé de mandat clair et le fournisse au service de police externe indépendant de façon à pouvoir établir les paramètres de l'enquête.

La Ville de Miramichi a précisé que le service de police a confirmé, qu'à l'avenir, lors de toute demande écrite d'enquête sur les membres du service de police de Miramichi par un autre corps policier, on précisera clairement que le corps policier retenu devra assumer le contrôle exclusif et l'entière responsabilité de l'enquête.

Le ministre de la Sécurité publique a précisé qu'il était important de préciser suffisamment la portée de l'enquête à effectuer pour que cette dernière soit complète et puisse être menée de façon professionnelle. Le ministre s'est aussi dit d'accord sur le fait que les policiers sous enquête étaient en droit de s'attendre à la tenue d'une enquête du coroner et à la présentation de preuves crédibles par le corps policier enquêteur.

Bien que l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick soit fréquemment appelée à déclencher des enquêtes à la demande d'autres organismes, sa directive exige un énoncé de mandat. Il pourrait être utile d'adopter une telle directive et cette question sera prise en considération dans le cadre de son processus d'élaboration de directives.

Other Cases of Interest

The following cases were investigated and concluded with a decision that no public inquest would be held. However, recommendations for change were identified in each instance.

Case #1

This 4 year old boy was in his apartment with a babysitter when the residence caught on fire. The babysitter was sleeping on the sofa, woke up and went to a first floor apartment to call 911. The stepfather was able to rescue the youngest child but when he went back to save this little boy, he could not enter the apartment as there was heavy smoke and heat. Several bystanders attempted to rescue him but could not due to the conditions, which were deteriorating very rapidly.

The Fire Marshal's investigation revealed that the building lacked fire stops in the walls; the fascia on the eves was vinyl with no wood underneath and the floor joists were manufactured and not solid wood joists.

The coroner made the following recommendations:

1. There be increased public awareness and continuing education surrounding the unsafe practice of children playing with or having access to matches or incendiary devices.

2. Any new construction of multi family dwelling houses have fire stops installed in each unit.

The case summary and recommendations were forwarded to the Department of Public Safety.

Autres cas dignes d'intéret

Les cas suivants ont fait l'objet d'une évaluation après laquelle on a conclu qu'une enquête du coroner n'était pas nécassaire. Des recommendations ont toutefois été formulées pour chacun de ces cas.

Cas n° 1

Ce garçonnet âgé de quatre ans était chez lui, dans un appartement, en compagnie d'une gardienne d'enfants lorsque la résidence a pris feu. La gardienne, qui dormait sur le sofa, s'est réveillée et s'est rendue à un appartement situé à l'étage pour composer le 911. Le beau-père des enfants a réussi à sauver un enfant plus jeune, mais lorsqu'il a voulu retourner à l'intérieur pour secourir le jeune garçon, il n'a pas pu entrer en raison de la chaleur intense et la fumée trop dense. Plusieurs témoins ont également tenté de secourir l'enfant, mais n'ont pu rien faire en raison de l'ampleur de l'incendie.

L'enquête du prévôt des incendies a révélé l'absence de coupe-feu dans les murs; le fait que les bordures des avant-toits étaient en vinyle, sans présence sous-jacente de bois; et le fait que les solives de plancher étaient préfabriquées, c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas en bois massif.

Le coroner a effectué les recommandations suivantes :

1. Accroître et poursuivre la sensibilisation du public quant aux dangers, pour les enfants, de jouer avec des allumettes ou des dispositifs incendiaires.

2. Installer des coupe-feu dans chacune des unités des nouveaux édifices à logement.

Le résumé du dossier et les recommandations ont été envoyés au ministère de la Securite publique.

Other Cases of Interest continued

Recommendation #1

There be increased public awareness and continuing education surrounding the unsafe practice of children playing with or having access to matches or incendiary devices.

The Minister advises that the Office of the Fire Marshal has programs in place to address this issue. The *Learn Not to Burn* program is a program geared towards young children and is promoted through fire prevention brochures available to schools from the 171 fire departments located throughout the Province. The 2008 New Brunswick fire prevention campaign will focus on the installation and maintenance of working smoke alarms and the importance of practising escape plans. The Office of the Fire Marshall will continue promoting public awareness and education surrounding the safe use of smoking materials.

Recommedation #2

Any new construction of multi family dwelling houses have fire stops installed in each unit.

The Minister advised that the National Building Code currently requires fire stopping to block off concealed spaces within wall assemblies at each floor level and at ceiling levels. In this particular circumstance, fire spread from vertical concealed spaces (walls) to horizontal concealed spaces (floor assembly, attic, roof overhang, etc.) Additionally, the building was constructed on a First Nations community which is outside the jurisdiction of the provincial government. Buildings on First Nations

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Recommandation n° 1

Accroître et poursuivre la sensibilisation du public quant aux dangers, pour les enfants, de jouer avec des allumettes ou des dispositifs incendiaires.

Le ministre précise que le Bureau du prévôt des incendies a des programmes en place pour s'attaquer à ce problème. Le programme *Protégez-vous du feu* vise les enfants et est présenté dans des dépliants portant sur la prévention des incendies offerts aux écoles par les 171 services d'incendie de la province. La campagne de prévention des incendies de 2008 mettra l'accent sur l'installation et l'entretien de détecteurs de fumée en bon état de marche et l'importance de pratiquer des plans d'évacuation d'incendie. Le Bureau du prévôt des incendies continuera à promouvoir la sensibilisation et l'éducation du public à l'égard de l'utilisation sécuritaire des produits du tabac.

Recommandation n° 2

Installer des coupe-feu dans chacune des unités des nouveaux édifices à logement.

Le ministre précise également que le *Code national du bâtiment* exige actuellement que des éléments coupe-feu bloquent les vides de construction dans les éléments des murs à chaque étage et à chaque plafond. Dans ce cas particulier, le feu s'est répandu des vides de construction verticaux (murs) aux vides de construction horizontaux (éléments de plancher, grenier, avant-toit, etc.). De plus, le bâtiment a été construit dans une collectivité des Premières nations et ces dernières ne sont pas du

communities are inspected during construction only if the band council makes a request. Staff will confer with staff of the Aboriginal Secretariat to discuss what kind of advice or direction we can offer to First Nations communities for future building projects.

Case # 2

This 58 year old female was found deceased in her home. She had been seen in the hospital on January 10, 2006 and been prescribed medication for pain from fractured ribs, after having suffered a fall a couple of days prior. Following assessment in ER, she was offered admission but declined, had her prescription filled and returned home. Friends and family had not heard from her in a couple of days and went to check on her. When they found no response, they went in and found her unresponsive.

The toxicology and autopsy findings established that death was due to liver failure and that the elevated morphine level worsened existing liver failure and led to death.

A review of the records demonstrates that the ER triage nurse noted the deceased was an alcoholic and although x-rays were ordered as part of the assessment, there were no liver tests ordered. The physician prescribed morphine as follows:

(28) 15 mg. tables, twice daily
(30) 5 mg. tables 1 x 2, four times daily

ressort du gouvernement provincial. Les bâtiments des collectivités des Premières nations sont inspectés pendant leur construction uniquement si le conseil de bande en fait la demande. Le personnel du Ministère communiquera avec celui du Secrétariat des Affaires autochtones pour discuter des conseils et des directives que nous pouvons offrir aux collectivités des Premières nations pour leurs projets de construction futurs.

Cas n° 2

Cette femme, âgée de 58 ans, a été trouvée morte chez elle. Elle avait été vue à l'hôpital le 10 janvier 2006 et on lui avait alors prescrit un analgésique pour la douleur causée par des fractures aux côtes subies lors d'une chute survenue quelques jours plus tôt. À la suite de son évaluation au service des urgences, on lui avait offert de l'admettre, mais elle a décliné l'offre. Elle a fait exécuter l'ordonnance et elle est retournée chez elle. Des amis et des membres de sa famille, inquiets de ne pas avoir eu de ses nouvelles depuis quelques jours, se sont rendus chez elle. Comme elle ne répondait pas à la porte, ils sont entrés et l'ont alors retrouvée sans vie.

Les résultats de l'analyse toxicologique et de l'autopsie ont permis d'attribuer le décès à une insuffisance hépatique. Le taux élevé de morphine aurait aggravé une insuffisance hépatique préexistante, ce qui a entraîné le décès.

L'examen du dossier a permis de démontrer que l'infirmière chargée du triage aux urgences avait indiqué que la dame était alcoolique. Dans le cadre de l'évaluation de la patiente, on avait demandé des radiographies, mais aucun test de la fonction hépatique n'avait été demandé. Le médecin avait prescrit de la morphine comme suit :

(28) comprimés de 15 mg deux fois par jour
(30) comprimés de 5 mg 1 x 2, quatre fois par jour

Other Cases of Interest continued

A review of the CPS and other medical information indicates that morphine is contraindicated in patients who suffer from alcoholism.

The facts of the case seem to indicate that a review of the appropriateness of the diagnosis, treatment and monitoring is warranted. Specifically, the coroner recommends:

1. That physicians treating patients with a diagnosis of alcoholism consider alternate analgesics to morphine, which is contraindicated;

2. In instances where morphine remains the drug of choice for the management of pain in a person who is alcohol dependent, that liver functions be assessed at the outset and monitored during the course of treatment.

3. That physicians be educated on other pain management modalities for patients whose liver is compromised.

The case summary and recommendations were forwarded to the College of Physicians & Surgeons.

Recommendations:

1. **That physicians treating patients with a diagnosis of alcoholism consider alternate analgesics to morphine, which is contraindicated;**

2. **In instances where morphine remains the drug of choice for the management of pain in a person who is alcohol dependent, that liver functions be assessed at the outset and monitored during the course of treatment.**

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Dans le CPS ainsi que dans d'autres ouvrages médicaux, il est indiqué que l'administration de morphine est contre-indiquée chez les patients souffrant d'alcoolisme.

Les faits contenus dans ce dossier justifient un examen de la pertinence du diagnostic, du traitement et de la surveillance offerts à cette patiente. Le coroner recommande notamment :

1. que les médecins qui traitent les patients atteints d'alcoolisme envisagent l'utilisation d'autres analgésiques que la morphine, qui est contre-indiquée en cas d'alcoolisme;

2. que, dans les cas où la morphine demeure le médicament de choix pour le traitement de la douleur chez une personne ayant une dépendance à l'alcool, l'on évalue la fonction hépatique au début du traitement et tout au long de ce dernier.

3. qu'on informe les médecins des autres modalités de traitement offertes pour les patients atteints d'insuffisance hépatique.

Le résumé du dossier et les recommandations ont été envoyés au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

Recommandations :

1. **Que les médecins qui traitent les patients atteints d'alcoolisme envisagent l'utilisation d'autres analgésiques que la morphine, qui est contre-indiquée en cas d'alcoolisme;**

2. **Que, dans les cas où la morphine demeure le médicament de choix pour le traitement de la douleur chez une personne ayant une dépendance à l'alcool, l'on évalue la fonction hépatique au début du traitement et tout au long de ce dernier.**

Other Cases of Interest continued

3. That physicians be educated on other pain management modalities for patients whose liver is compromised.

The Registrar of the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick advised that while the recommendations made were noted, the members of Council did not feel they had sufficient information to come to the same conclusions as had been suggested should apply here. Nevertheless, The Registrar was instructed to mention the matter in an upcoming newsletter which should generally apprise physicians of the dangers of morphine in such situations.

Case #3

This 41 year old male died in May 2006 as a result of a prescription drug overdose. The toxicological analysis indicated that the levels of oxycodone, oxymorphone and nordiazepam were consistent with an accidental drug overdose. The deceased had developed an addiction to these drugs and in addition to being prescribed these medications by his family physician, was also known to have augmented his supply by purchasing additional medications illegally. This death was classified as an accident.

This 45 year old female died as a result of an apparent prescription drug overdose. The toxicological analysis of body fluids indicated the level of citalopram and clonazepam metabolite could be consistent with death due to overdose. This death was classified as a suicide.

The Coroner has made the following recommendation in both cases:

> That a province-wide prescription drug monitoring program be considered.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

3. Qu'on informe les médecins des autres modalités de traitement offertes pour les patients atteints d'insuffisance hépatique.

Le registraire du Collège des médecins et des chirurgiens du Nouveau-Brunswick a précisé que même s'il a pris note des recommandations, les membres de son conseil considèrent qu'ils ne disposaient pas de suffisamment d'information pour arriver ces conclusions. On a néanmoins demandé au registraire de mentionner le danger d'administrer de la morphine dans de telles conditions dans un futur bulletin à l'intention des médecins.

Cas n^{o} 3

Cet homme de 41 ans est décédé en mai 2006 des suites d'une surdose de médicaments d'ordonnance. L'analyse toxicologique a permis de révéler la présence d'un taux d'oxycodone, d'oxymorphone et de nordiazépam correspondant à une surdose de médicaments accidentelle. Il avait développé une dépendance envers ces médicaments. Son médecin familial lui en prescrivait, mais il lui arrivait aussi d'en obtenir d'autres de façon illicite. Sa mort a été jugée accidentelle.

Cette femme de 45 ans serait décédée d'une surdose de médicaments d'ordonnance. Une analyse toxicologique des liquides organiques a révélé un taux élevé de métabolites du citalopram et du clonazépam, ce qui pourrait avoir causé une mort par surdose. Sa mort a été qualifiée de suicide.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes dans les deux cas :

> Que soit étudiée la possibilité de mettre en œuvre un programme provincial de surveillance pharmaceutique.

Other Cases of Interest continued

Two previous coroners inquests (Stephen Beshara, 2002 and Bruce Mailman, 2004) dealt with the issue of prescription drug misuse and abuse. Attached are the recommendations and the responses from government departments and agencies as published in the respective Annual Reports of the Chief Coroner.

This recommendation was forwarded for consideration and appropriate action by the Department of Health.

Recommendation:

That a province-wide prescription drug monitoring program be considered.

The Minister of Health advised that the New Brunswick Prescription Monitoring Program (NBPMP) is still under development. The technology solution to enable the NBPMP is targeted for completion this year. Once the prescription monitoring legislation has been proclaimed, data on a list of narcotic and controlled drugs dispensed by community pharmacies will start to be collected. It is anticipated that there will be an implementation period before all pharmacies in the Province are submitting data to the program.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Deux enquêtes précédentes du coroner (Stephen Beshara, 2002 et Bruce Mailman, 2004) ont déjà traité de la question de l'usage inapproprié et de l'utilisation abusive de médicaments d'ordonnance. Les recommandations formulées, ainsi que la réponse de ministères et organismes gouvernementaux, telles qu'elles ont été publiées dans les rapports annuels du coroner en chef pour ces années, se trouvent en annexe.

Cette recommandation a été transmise au ministère de la Santé aux fins d'examen et d'application de mesures appropriées.

Recommandation :

Que soit étudiée la possibilité de mettre en œuvre un programme provincial de surveillance pharmaceutique.

Le ministre de la Santé a précisé que le Programme de surveillance pharmaceutique du Nouveau-Brunswick est encore en cours de développement. La technologie qui permettra d'appliquer ce programme devrait être disponible cette année. Une fois la loi promulguée, on commencera à dresser la liste des narcotiques et des médicaments à usage restreint dispensés par les pharmacies communautaires. On prévoit toutefois une période d'implantation du programme avant que toutes les pharmacies puissent commencer à acheminer leurs données.

Other Cases of Interest continued

Case #4

This 47 year old woman died on June 26, 2005 as a consequence of asphyxiation secondary to carbon monoxide poisoning. The source of the carbon monoxide was determined to be from a faulty propane powered refrigerator. The Provincial Gas Inspector conducted a thorough investigation and found that "the flu baffle was blocked by corrosion and the fridge was unable to vent properly up through the flue passages". Carbon monoxide detectors were not installed on the premises.

In an effort to prevent future deaths in similar circumstances the coroner has made the following recommendations:

1. That the Department of Public Safety introduce a regulation making it mandatory for gas providers to ensure all indoor locations where gas appliances are used are also equipped with an approved carbon monoxide detector.

2. That the Department of Public Safety and gas providers provide customer education and awareness regarding:

    - The importance of having carbon monoxide detectors in all indoor locations where gas appliances are used; and
    - The importance of regular maintenance of gas appliances.

The recommendations were forwarded to the Department of Public Safety for consideration.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n^{o} 4

Cette femme de 47 ans est décédée le 26 juin 2005 des suites d'une asphyxie entraînée par une intoxication oxycarbonée. Il a été déterminé que le monoxyde de carbone provenait d'un réfrigérateur au propane défectueux. L'inspecteur des installations au gaz du gouvernement provincial a tenu une enquête approfondie et a conclu que la chicane du conduit d'air était bloquée en raison de la corrosion et que la ventilation du réfrigérateur par l'intermédiaire du conduit d'air était inadéquate. Aucun détecteur de monoxyde de carbone ne se trouvait dans la demeure.

Afin de prévenir d'autres décès dans des circonstances semblables, le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Que le ministère de la Sécurité publique adopte un règlement obligeant les fournisseurs de gaz à s'assurer que tous les édifices où sont utilisés des appareils au gaz sont munis d'un détecteur de monoxyde de carbone;

2. Que le ministère de la Sécurité publique et les fournisseurs de gaz sensibilisent et renseignent les clients sur les questions suivantes :

    - L'importance d'installer des détecteurs de monoxyde de carbone dans tous les édifices où sont utilisés des appareils au gaz;
    - L'importance d'effectuer l'entretien régulier des appareils au gaz.

Les recommandations ont été envoyés au ministère de la Sécurité publique pour examen.

Other Cases of Interest continued

Recommendation #1:

That the Department of Public Safety introduce a regulation making it mandatory for gas providers to ensure all indoor locations where gas appliances are used are also equipped with an approved carbon monoxide detector.

The Minister of Public Safety advised that the installation of carbon monoxide sensors is definitely an asset to safety; however, it is difficult to enforce the installation of these devices and impossible to ensure that batteries are replaced on a regular basis. Therefore, the Minister is asking staff to develop regulations that will disallow the use of unvented gas refrigerators in buildings.

Recommendation #2:

That the Department of Public Safety and gas providers provide customer education and awareness regarding:

- **The importance of having carbon monoxide detectors in all indoor locations where gas appliances are used; and**
- **The importance of regular maintenance of gas appliances.**

The Minister of Public Safety advised that the Department fully supports this recommendation and will work with the gas industry to develop a customer education and public awareness program.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Recommandation n° 1 :

Que le ministère de la Sécurité publique adopte un règlement obligeant les fournisseurs de gaz à s'assurer que tous les édifices où sont utilisés des appareils au gaz sont munis d'un détecteur de monoxyde de carbone;

Le ministre de la Sécurité publique a précisé que l'installation de détecteurs d'oxyde de carbone permet certainement d'améliorer la sécurité, mais qu'il est difficile d'obliger l'installation de tels dispositifs et tout à fait impossible de veiller à ce que les piles qui les alimentent soient changées régulièrement. Le ministre a donc demandé à son personnel d'établir une réglementation qui fera en sorte d'interdire l'utilisation de réfrigérateurs au gaz en l'absence de ventilation adéquate dans l'édifice.

Recommandation n° 2 :

Que le ministère de la Sécurité publique et les fournisseurs de gaz sensibilisent et renseignent les clients sur les questions suivantes :

- **L'importance d'installer des détecteurs de monoxyde de carbone dans tous les édifices où sont utilisés des appareils au gaz;**
- **L'importance d'effectuer l'entretien régulier des appareils au gaz.**

Le ministre de la Sécurité publique a précisé que son ministère appuie entièrement cette recommandation et qu'il collaborera avec l'industrie en vue de l'établissement d'un programme de sensibilisation du public et d'éducation de la clientèle.

Other Cases of Interest continued

Case #5

This 35 year old male was found lying "passed out" on the floor of the bathroom in a homeless shelter in the early morning hours. He was roused by shelter staff and assisted to a couch where he fell asleep and began snoring. When he did not wake the next morning shelter staff went to investigate and discovered he was unresponsive. Paramedics were summoned and attended the scene where the victim was pronounced deceased.

The coroner's investigation revealed that this gentleman was involved in a physical altercation with another individual the day before his death and that a prescription for Lorazepam 1mg (60 tablets) was prescribed and filled 3 days prior to his death. The empty bottle was found in the shelter parking lot.

The subsequent post mortem revealed no anatomical cause of death however a toxicological analysis of body fluids indicated elevated levels of Lorazepam and ethyl alcohol in sufficient quantities to cause death. As foul play was ruled out by police officials the Coroner has ruled this death an accident.

Following a review of the shelter's policy, procedure and employee orientation manuals, the Coroner has made two recommendations. The Coroner recommends:

1. That a policy be developed on when to call an ambulance for a resident.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 5

Un homme de 35 ans a été trouvé sans connaissance aux petites heures du matin sur le plancher de la salle de bain dans un centre pour sans-abri. Les membres du personnel du centre l'ont réveillé et l'ont aidé à se rendre sur un sofa, où il s'est endormi et s'est mis à ronfler. Lorsqu'il ne s'est pas réveillé le lendemain matin, les membres du personnel sont allés le voir et l'ont trouvé inanimé. Une ambulance a été dépêchée et le personnel paramédical, une fois arrivé sur les lieux, a constaté son décès.

L'enquête du coroner a permis de déterminer que cet homme avait été impliqué dans une empoignade avec une autre personne la journée précédant son décès et qu'un médecin lui avait prescrit du Lorazepam 1 mg (60 comprimés), médicament qu'il a obtenu trois jours avant son décès. Le contenant vide de comprimés à été retrouvé dans le stationnement du centre pour sans-abri.

L'autopsie n'a relevé aucune cause anatomique du décès. Cependant, une analyse toxicologique des liquides organiques a révélé un taux élevé de Lorazepam et d'alcool éthylique en quantités suffisantes pour causer sa mort. Puisque les services de police ont écarté l'hypothèse d'un acte criminel, le coroner a jugé que le décès était de cause accidentelle.

Après avoir passé en revue les directives, les modalités et les manuels d'orientation des employés du centre pour sans-abri, le coroner a formulé deux recommandations. Le coroner recommande :

1. Qu'une directive soit élaborée au sujet du moment où il est opportun d'appeler une ambulance pour un résident;

Other Cases of Interest continued

2. That a policy be developed that when residents are admitted to the shelter and it is suspected that they are under the influence of alcohol and/or drugs that the bed checks include confirming that the resident is breathing.

The recommendations were forwarded to the Fredericton Emergency Shelter and the Department of Social Development.

Recommendations:

1. **That a policy be developed on when to call an ambulance for a resident.**

2. **That a policy be developed that when residents are admitted to the shelter and it is suspected that they are under the influence of alcohol and/or drugs that the bed checks include confirming that the resident is breathing.**

The Minister of Social Development advised that while Social Development is one of the many funding partners for these organizations, they do not oversee the services of homeless shelters and are not part of the development of their policies and procedures.

A response from the Fredericton Emergency Shelter was not available at the time of publication.

Case #6

This 78 year old male died from renal failure as a result of contact with the bacteria Salmonella Heidelberg. He was admitted on September 11 as a resident of Manoir Antoinette in Atholville, requiring a supportive living environment, but in

Autres cas dignes d'intéret (suite)

2. Qu'une directive soit élaborée de façon à s'assurer qu'un résident respire lors de la vérification du respect du couvre-feu lorsqu'il est soupçonné que ce dernier est sous l'influence d'alcool ou de drogue à son admission.

Les recommandations ont été transmises au centre de refuge d'urgence de Fredericton et au ministère du Développement social.

Recommandations :

1. **Qu'une directive soit élaborée au sujet du moment où il est opportun d'appeler une ambulance pour un résident;**

2. **Qu'une directive soit élaborée de façon à s'assurer qu'un résident respire lors de la vérification du respect du couvre-feu lorsqu'il est soupçonné que ce dernier est sous l'influence d'alcool ou de drogue à son admission.**

Le ministre du Développement social a précisé que son ministère fait partie des nombreux partenaires assurant le financement de ce type d'organisme, mais qu'il n'assure pas la surveillance des services offerts, pas plus qu'il ne participe à l'établissement des politiques et des modalités d'exploitation de ces établissements.

Nous attendions toujours une réponse du centre de refuge d'urgence de Fredericton au moment de la publication du rapport.

Cas n° 6

Cet homme âgé de 78 ans est décédé d'une insuffisance rénale des suites d'une infection à la bactérie *Salmonella Heidelberg*. Il avait été admis le 11 septembre comme résident au Manoir Antoinette d'Atholville. L'état de l'homme était stable, mais il

stable condition. Within a week of admission, he experienced gastro-intestinal symptoms including diarrhea, vomiting and an elevated temperature. He was one of a number of residents who was symptomatic and he was transferred to hospital for care on September 20. Within a week he was in renal failure and succumbed on September 25.

nécessitait un milieu de soutien. Moins d'une semaine suivant son admission, l'homme a présenté des symptômes gastro-intestinaux incluant une diarrhée et de la fièvre. Il était un de plusieurs résidents symptomatiques et il a été hospitalisé le 20 septembre. Moins d'une semaine après son hospitalisation, soit le 25 septembre, l'homme est décédé d'une insuffisance rénale.

The District Medical Health Office (DMHO) was notified by the hospital lab of the potential of presumptive salmonella outbreak in a special care home and an investigation was commenced. The investigation confirmed that a point source exposure occurred on September 16, followed by limited person to person transmission. The investigation revealed that the source of the salmonella was from leftover food from a party held at a staff person's residence, brought to the facility and consumed that day and the following day.

Le laboratoire de l'hôpital a alerté le médecin-hygiéniste du bureau régional relativement à une poussée possible de salmonelle dans un foyer de soins spéciaux et une enquête a été amorcée. Cette dernière a permis de confirmer que l'exposition initiale à la bactérie avait eu lieu le 16 septembre et qu'elle avait été suivie d'une transmission limitée de personne à personne. L'enquête a révélé que la salmonelle était présente dans des restants de nourriture amenés au foyer par un membre du personnel qui avait tenu une fête chez lui. La nourriture avait été consommée le jour et le lendemain de son arrivée au foyer.

The coroner worked closely with officials from the DMHO and Family and Community Services, as the regulator of special care homes, and has endorsed all the recommendations made in relation to this case:

Le coroner a travaillé en collaboration étroite avec les représentants du bureau du médecin-hygiéniste ainsi qu'avec le ministère des Services familiaux et communautaires, qui est chargé de la régie des foyers de soins spéciaux, et a entériné toutes les recommandations effectuées dans ce cas.

- ensuring employees get training on proper food handling;
- keeping written records of all foods provided to the residents that are not on the menu;
- reinforcing the policy on kitchen access and limiting such access to employees who work there;

- faire suivre une formation aux employés sur la façon de manier la nourriture;
- noter par écrit toute nourriture donnée aux résidents qui n'était pas au menu;
- renforcer la politique sur les gens qui sont dans la cuisine et limiter l'accès à ceux qui sont employés à cet effet;

Other Cases of Interest continued

- allowing residents to have only low-risk foods in their refrigerators;
- providing a manual of policies and procedures for all activities in special care homes;
- not allowing animals to enter the building;
- all of the recommendations regarding cleaning and cleanliness.

The case summary and recommendations have been forwarded to the Department of Health and the Department of Social Development (formerly the Department of Family & Community Services) for review and a report on the progress. In addition, the coroner has asked that the recommendations be reviewed with all special care homes in the province to ensure that the recommendations and actions taken can be considered by all homes.

Recommendations:

- **ensuring employees get training on proper food handling;**
- **keeping written records of all foods provided to the residents that are not on the menu;**
- **reinforcing the policy on kitchen access and limiting such access to employees who work there;**
- **allowing residents to have only low-risk foods in their refrigerators;**

Autres cas dignes d'intéret (suite)

- recommande seulement la nourriture à bas risque dans les réfrigérateurs des résidents;
- fournir un manuel sur les politiques et procédures des toutes les activités dans les foyers à soins spéciaux;
- ne pas permettre aux animaux d'entrer dans l'établissement
- ainsi que toutes recommandations formulées en matière de nettoyage et propriété.

Le résumé du cas et les recommandations effectuées ont été transmis au ministère de la Santé ainsi qu'au ministère du Développement social (anciennement ministère des Services familiaux et communautaires) aux fins de révision et de suivi des progrès effectués. En outre, le coroner a demandé que les recommandations effectuées soient passées en revue par tous les foyers de soins de la province afin de s'assurer qu'elles soient uniformément appliquées.

Recommandations :

- **faire suivre une formation aux employés sur la façon de manier la nourriture;**
- **noter par écrit toute nourriture donnée aux résidents qui n'était pas au menu;**
- **renforcer la politique sur les gens qui sont dans la cuisine et limiter l'accès à ceux qui sont employés à cet effet;**
- **recommande seulement la nourriture à bas risque dans les réfrigérateurs des résidents;**

Other Cases of Interest continued

- **providing a manual of policies and procedures for all activities in special care homes;**

- **not allowing animals to enter the building;**

- **all of the recommendations regarding cleaning and cleanliness.**

The Minister of Health advised that all recommendations made by public health have been adopted by the management of Manoir Antoinette. The Health Protection Branch of the Department has drafted a new inspection document entitled *"Public Health Inspection Standards for New Brunswick Adult Residential Facilities"*. The new inspection standard has incorporated the Department's recommendations that resulted from the Atholville outbreak investigation. This inspection standard will set a new safety standard for the inspection of all licensed adult residential care facilities across New Brunswick by public health inspection staff. It is the goal of the Department to implement it for use by public health inspection staff before the end of 2008.

The Minister of Social Development (formerly Family and Community Services) advised that all the recommendations made by public health have been adopted by the management of Manoir Antoinette. The Minister further advised that once the standards are approved, they will be shared with all adult residential facilities in the province.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

- **fournir un manuel sur les politiques et procédures des toutes les activités dans les foyers à soins spéciaux;**

- **ne pas permettre aux animaux d'entrer dans l'établissement**

- **ainsi que toutes recommandations formulées en matière de nettoyage et propriété.**

Le ministère de la Santé fait savoir que la direction du Manoir Antoinette a adopté toutes les recommandations émises par la santé publique. La Direction de la protection de la santé du Ministère a fait l'ébauche d'un nouveau document régissant les inspections portant le titre « Normes d'inspection sanitaire dans les établissements résidentiels pour adultes du Nouveau-Brunswick ». Les nouvelles normes d'inspection intègrent les recommandations du Ministère émises à la suite de l'enquête portant sur l'épidémie d'Atholville. Ces normes d'inspection prévoient de nouvelles normes de sécurité pour l'inspection des établissements résidentiels autorisés pour les adultes du Nouveau-Brunswick effectuée par les inspecteurs sanitaires. L'objectif du Ministère est de mettre les nouvelles normes à la disposition du personnel de l'inspection sanitaire d'ici la fin de 2008.

Le ministre du Développement social (autrefois Services familiaux et communautaires) fait savoir que la direction du Manoir Antoinette a adopté toutes les recommandations émises par la santé publique. Le Ministre ajoute que dès qu'elles seront approuvées, les normes seront communiquées à tous les établissements résidentiels pour adultes de la province.

Other Cases of Interest continued

Case #7

This 96 year old female was a resident of a nursing home where she received care for advanced Alzheimer's disease. She had also suffered a stroke and had limited mobility and was routinely placed in a wheelchair.

Although she did not have a history of trying to get out of her wheelchair alone, on this occasion she fell forward and struck her head.

The coroner has recommended:

1. That the nursing home review its care plan for residents;

2. That residents with limited mobility who are left unsupervised while in wheelchairs, have their wheelchair equipped with a belt or restraint to prevent falls.

These recommendations were forwarded to the Department of Social Development (formerly Family & Community Services) who in turn forwarded them to the Minister of State for Seniors and Housing.

Recommendations:

1. **That the nursing home review its care plan for residents;**

2. **That residents with limited mobility who are left unsupervised while in wheelchairs, have their wheelchair equipped with a belt or restraint to prevent falls.**

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 7

Cette femme de 96 ans au stade avancé de la maladie d'Alzheimer résidait dans un foyer de soins. Sa mobilité était réduite à la suite d'un accident vasculaire cérébral et elle était régulièrement placée dans un fauteuil roulant.

Elle a tenté de se lever de son fauteuil roulant sans aide, même si elle n'avait pas l'habitude d'agir ainsi, et a chuté vers l'avant, se heurtant la tête.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Que le foyer de soins révise son plan de soins infirmiers pour les résidents;

2. Que le fauteuil roulant de résidents à mobilité réduite qui y prennent place sans surveillance soit équipé d'une ceinture ou d'un système de retenue pour prévenir les chutes.

Ces recommandations ont été acheminées au ministère du Développement social (anciennement le ministère des Services familiaux et communautaires), qui les a ensuite transmises au ministre d'État aux Aînés et à l'Habitation.

Recommandations :

1. **Que le foyer de soins révise son plan de soins infirmiers pour les résidents;**

2. **Que le fauteuil roulant de résidents à mobilité réduite qui y prennent place sans surveillance soit équipé d'une ceinture ou d'un système de retenue pour prévenir les chutes.**

Other Cases of Interest continued

The Minister of State for Seniors and Housing reported that nursing homes in the province request seating assessments for residents that require wheelchairs for mobility. These seating assessments are done by occupational therapists employed by the Extra Mural Program. The Department of Family and Community Services (now Social Development) works closely with the Department of Health to ensure that this process is adhered to.

The Minister also advised that nursing homes are inspected at least annually to ensure they are in compliance with the *Nursing Home* Act and Regulations which states in part "an operator shall keep a complete and up-to-date record for each resident from the time of admission to the time of discharge and such record shall include a comprehensive care plan". Part of the inspection process verifies a current care plan with the actual bed side audit. Consent must be obtained prior to using a restraint, unless it is an emergency.

The New Brunswick Association of Nursing Homes Clinical Working Group, of which staff of the Department of State for Seniors and Housing is a member, will soon be sharing a document they have developed with the nursing home sector entitled: *A Guideline To Assist New Brunswick Nursing Homes in the Development of Least Restraint Policies and Procedures*. The purpose of this document is to provide users with guidelines on policy/procedure development that are supported by the *Nursing Home Act*, Regulations and Standards.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

La ministre d'État aux Aînés et à l'Habitation signale que les foyers de soins de la province demandent des évaluations de fauteuils pour les résidents ayant besoin de fauteuils roulants pour se déplacer. Ces évaluations de sièges sont réalisées par des ergothérapeutes à l'emploi du Programme extra-mural. Le ministère des Services familiaux et communautaires (actuellement Développement social) travaille en étroite collaboration avec le ministère de la Santé pour assurer le respect de ce processus.

Le Ministre signale également que les foyers de soins son t soumis à au moins une évaluation par année. Il est ainsi possible de s'assurer qu'ils se conforment à la *Loi sur les foyers de soin* et à ses règlements, et notamment à ce qui suit : « Un exploitant tient un dossier complet et à jour pour chaque pensionnaire depuis le moment de l'admission jusqu'à celui du renvoi, et ce dossier doit contenir [...] un programme de soins complet. » Le processus d'inspection comprend la vérification du plan de soins à jour par l'examen direct du résident ou de la résidente. Il faut obtenir un consentement avant d'utiliser un moyen de contention, sauf en cas d'urgence.

Le Groupe de travail sur les mesures cliniques de l'Association des foyers de soin du Nouveau-Brunswick, qui comprend un membre du personnel du ministère d'État aux Aînés et à l'Habitation, mettra bientôt en circulation un document mis au point avec la collaboration du secteur des foyers de soin et qui s'intitule « Ligne de conduite à l'intention des foyers de soin du Nouveau-Brunswick pour l'élaboration de politiques et procédures concernant les moyens de contention les moins contraignants ». Le document vise à fournir aux utilisateurs des lignes de conduite pour l'élaboration de politiques ou de procédures qui respectent la Loi sur les foyers de soin ainsi que les règlements et les normes qui s'y rattachent.

Other Cases of Interest continued

Case #8

This 88 year old gentleman resided at Ridgewood Veteran's Wing and on January 6, 2006, he had gotten out of bed and slipped on the floor. He was taken to the Saint John Regional Hospital where he was operated on to replace his broken hip. After returning to the nursing home, an infection was noted and he was sent back to the Saint John Regional Hospital.

Tests were done and he had to undergo a second surgery on February 12, 2006 to drain the infection from his previous surgery site. Further tests were done and it was found that he had developed Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) and then more tests revealed he had MRSA in the surgery site.

The coroner made the following recommendations:

1. The Saint John Regional Hospital carry out a study to determine the level of patient hospital acquired infections.

2. The Saint John Regional Hospital carry out a study to determine the level of sanitation within the hospital.

3. The Saint John Regional Hospital carry out a study to determine if the cleaning materials used are adequate for today's hospitals and infectious diseases.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 8

Cet homme, âgé de 88 ans, résidait au Pavillon des anciens combattants de Ridgewood. Le 6 janvier 2006, il a fait une chute en sortant de son lit. Il a été transporté à l'Hôpital régional de Saint-Jean afin d'y subir une opération pour une fracture à la hanche. Suivant son retour au foyer de soins, le personnel a noté la présence d'une infection et il a de nouveau été admis à l'Hôpital régional de Saint-Jean.

Des examens ont été effectués et l'homme a subi une seconde intervention chirurgicale le 12 février 2006 afin de drainer l'infection qui s'était installée à la suite de la première chirurgie. Des examens de laboratoire additionnels ont révélé que l'homme souffrait d'une infection à *Staphylococcus aureus* résistante à la méthicilline (SARM) et d'autres examens effectués par la suite ont permis de conclure que le SARM était présent dans la zone de la première opération.

Le coroner a effectué les recommandations suivantes :

1. L'Hôpital régional de Saint-Jean doit mener une étude afin de déterminer quel est le taux d'infections nosocomiales contractées par ses patients.

2. L'Hôpital régional de Saint-Jean doit procéder à une étude afin de déterminer le degré de désinfection effectué dans son établissement.

3. L'Hôpital régional de Saint-Jean doit effectuer une étude afin de déterminer si les produits nettoyants utilisés permettent de contrer adéquatement les maladies infectieuses qui ont cours aujourd'hui en milieu hospitalier.

Other Cases of Interest continued

The recommendations were forwarded to the Minister of Health.

The Minister of Health advised that the coroner's recommendations were forwarded to the Chief Executive Officer of the Regional Health Authority (RHA) involved.

Recommendaiton #1

The Saint John Regional Hospital carry out a study to determine the level of patient hospital acquired infections.

The Regional Health Authority B, Zone 2 advised that the following Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) initiatives were put in place:

- Collection of data on MRSA in adherence to the Canadian Nosocomial Infection Surveillance program (CNISP) surveillance definitions for MRSA incidence in order to benchmark ourselves against the national healthcare associated MRSA prevalence rate.

- Participation in the Provincial Infection control Working Group to facilitate province wide infection control standards.

- Completion of all recommendations set forth by the MRSA Task Force Report based on an in-depth evidence based review of current literature on MRSA up to and including 2005.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les recommandations ont eté envoyés au ministère de la Santé.

Le ministre de la Santé fait savoir que les recommandations du coroner ont été transmises au directeur général de la régie régionale de la santé (RRS) en cause.

Recommandation n° 1

L'Hôpital régional de Saint-Jean doit mener une étude afin de déterminer quel est le taux d'infections nosocomiales contractées par ses patients.

La régie régionale de la santé B de la zone 2 a signalé que les initiatives suivantes relativement au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) ont été mises en œuvre :

- Collecte de données sur le SARM conformément aux définitions de la surveillance du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) pour déterminer le taux d'incidence des infections au SARM afin de nous comparer au taux national de prévalence des infections au SARM associées aux soins de santé.

- Participation au groupe de travail provincial de prévention des infections pour faciliter la mise en œuvre de normes provinciales de prévention des infections.

- Mise en œuvre de toutes les recommandations formulées dans le rapport du groupe de travail sur le SARM à la suite d'un examen approfondi fondé sur les résultats des documents sur le SARM qui ont été publiés jusqu'en 2005.

Other Cases of Interest continued

- Regular monitoring of compliance rates for MRSA admission screening to ensure all high risk patients are screened on admission to any Region 2 facility within 24 hours (compliance rates have improved by 20% since beginning monitoring).

- Region wide MRSA presentation delivered by Dr. Duncan Webster (Medical Director of Infection Prevention & Control {IPC} and Kim Roberts (Regional Manager of IPC) to a total of 977 staff members within Region 2.

- The distribution of MRSA statistics to all unit managers, clinical department heads and administrative directors within Region 2 with instruction to ensure staff are aware of the information in these reports.

- Pilot project conducted and subsequent implementation of regular MRSA screening of all surgical and medical intensive care unit patients.

- Change made to the electronic patient information system to facilitate better communication of patient Multiple Resistant Organism (MRO) status.

- Creation of a hand hygiene promotion booth in the lobby of the Saint John Regional Hospital operated by volunteers to encourage hand washing upon entering the facility.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

- Surveillance régulière des taux de conformité relatifs au dépistage du SARM à l'admission pour s'assurer que tous les patients à risque élevé sont dépistés à l'admission dans tous les établissements de la région n° 2 dans les 24 heures (les taux de conformité se sont améliorés de 20 % depuis le début de la surveillance).

- Présentation sur le SARM fournie dans l'ensemble de la région n° 2 par le Dr Duncan Webster (directeur médical de la prévention des infections) et Kim Roberts (gestionnaire régionale de la prévention des infections) à un total de 977 membres du personnel.

- Distribution de statistiques sur le SARM à tous les gestionnaires d'unité, chefs des services cliniques et directeurs administratifs de la région n° 2 en leur donnant la consigne de s'assurer que les membres du personnel sont au courant de l'information contenue dans ces rapports.

- Tenue d'un projet pilote et mise en œuvre subséquente d'examens de dépistage réguliers du SARM pour tous les patients en chirurgie et en soins médicaux de l'unité des soins intensifs.

- Changement apporté au système électronique d'information sur les patients afin de faciliter la communication de l'état de résistance à plusieurs organismes.

- Création d'un kiosque de promotion de l'hygiène des mains tenu par des bénévoles dans le hall de l'hôpital régional de Saint-Jean afin d'encourager le lavage des mains à l'entrée dans l'établissement.

Other Cases of Interest continued

- Changes made to laboratory methods of testing MRSA specimens to ensure a high level of specificity in a reasonable turnaround time.

- Pilot project conducted and subsequent implementation of recommendations for the regular screening of all prior positive MRSA patients monthly while in an acute care facility and bimonthly in a non acute care facility (i.e. Ridgewood Veteran's, St. Joseph's hospital).

- The implementation of mandatory screening of all patients identified as high risk for MRSA as per Atlantic Health Sciences Corporation (AHSC) protocols following an in-depth ethical review of AHSC's MRSA rates and the principles of utility and autonomy by Dr. Timothy Christie, Clinical Ethicist. This removed the ability of physicians to refuse testing on t heir patients (orders are put in under the IPC Manager in lieu of the attending physician) and allows staff to isolate patients who refuse screening to protect the entire patient population from at risk individuals whose MRSA status is unknown.
- The purchase of pre-moistened wipes with an accelerated hydrogen peroxide base to encourage and help facilitate the cleaning of equipment between all patients as per Routine Precautions.

- Funding received under Dr. Duncan Webster to study the efficacy of two different types of decolonization for patients who are colonized with MRSA. Study will be ongoing over the next couple of years.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

- Changements apportés aux méthodes utilisées en laboratoire pour tester les spécimens en vue d'y détecter le SARM afin d'assurer un degré de spécificité élevé dans un délai raisonnable.

- Tenue d'un projet pilote et mise en œuvre subséquente de recommandations pour le dépistage régulier de tous les patients ayant déjà été porteurs du SARM sur une base mensuelle lorsqu'ils sont dans un établissement de soins actifs et tous les deux mois lorsqu'ils sont dans un établissement de soins non actifs (p. ex. : unité des anciens combattants de Ridgewood, St. Joseph's Hospital).

- Mise en œuvre de mesures de dépistage obligatoires pour tous les patients reconnus à haut risque d'infection au SARM en vertu des protocoles de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (CSSA) à la suite d'un examen éthique approfondi des taux d'incidence des infections au SARM de la CSSA et des principes d'utilité et d'autonomie du D[r] Timothy Christie, éthicien clinique. Ces mesures ont éliminé la capacité des médecins de refuser de faire passer des tests de dépistage à leurs patients (les ordonnances sont émises par la gestionnaire de la prévention des infections plutôt que par le médecin traitant) et permettent aux membres du personnel d'isoler les patients qui refusent de passer des tests de dépistage afin de protéger l'ensemble des patients des personnes à risque dont l'état d'infection au SARM est inconnu.

- Financement reçu grâce au D[r] Duncan Webster pour étudier l'efficacité de deux types différents de décolonisation des patients qui sont infectés par le SARM. L'étude se poursuivra au cours des prochaines années.

Other Cases of Interest continued

- Availability of individual bottles of alcohol hand sanitizer and belt clips for use by staff.

- Education on MRSA delivered during every interdisciplinary orientation session for AHSC staff.

Recommendation #2

The Saint John Regional Hospital carry out a study to determine the level of sanitation within the hospital.

The Regional Health Authority B, Zone 2 advised that the level of sanitation is constantly being monitored by Environmental Services (EVS) and Patient Support Services (PSW) Supervisors. Written checklists are completed on random areas throughout the hospital on a regular basis. The results are compiled monthly, reviewed by supervisors and management staff and appropriate action taken to resolve deficiencies.

Recomomendation #3

The Saint John Regional Hospital carry out a study to determine if the cleaning materials used are adequate for today's hospitals and infectious diseases.

The Regional Health Authority B, Zone 2 advised that the disinfectants used in AHSC facilities are "approved for use" by the Region 2 Infection Control Committee. General cleaning products are determined by an RFP (Request for Proposal) process (participation by four (4) Health Authorities) and verified by product trials. The last switch for major vendors was in 2006. Disinfectant use can vary by area (department) being cleaned.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

- Disponibilité de bouteilles individuelles de désinfectant pour les mains à base d'alcool et de pinces pour ceinture à l'usage du personnel.

- Éducation sur le SARM fournie lors de chaque séance d'orientation interdisciplinaire tenue à l'intention du personnel de la CSSA.

Recommandation n° 2

L'Hôpital régional de Saint-Jean doit procéder à une étude afin de déterminer le degré de désinfection effectué dans son établissement.

La régie régionale de la santé B de la zone 2 a signalé que le niveau de salubrité est constamment vérifié par les surveillants des services environnementaux et des services de soutien aux patients. Des listes de contrôle écrites sont régulièrement remplies pour des zones de l'hôpital choisies au hasard. Les résultats sont compilés chaque mois et examinés par les surveillants et le personnel de gestion, et des mesures appropriées sont prises pour combler les lacunes.

Recommandation n° 3

L'Hôpital régional de Saint-Jean doit effectuer une étude afin de déterminer si les produits nettoyants utilisés permettent de contrer adéquatement les maladies infectieuses qui ont cours aujourd'hui en milieu hospitalier.

La régie régionale de la santé B de la zone 2 a signalé que les désinfectants utilisés dans les établissements de la CSSA sont approuvés par le comité de prévention des infections de la région n° 2. Les produits de nettoyage général sont déterminés au cours d'un processus de demande de propositions (participation de quatre régies régionales de la santé) et vérifiés par essais de produits. Le dernier changement de vendeurs important a eu lieu en 2006. L'utilisation des désinfectants peut varier selon la zone (service) qui est nettoyée.

Other Cases of Interest continued

Case #9

This 87 year old female had fallen at home and was admitted to the DECRH on August 9, 2007 and had surgery to repair a broken hip. On September 7, 2007, she was transferred to Oromocto Public Hospital Rehab Unit. The hospital staff had removed the chair alarm on October 13, 2007; the nurse states the patient was up and down and frequently moving about the room and they were unable to be constantly in the room to turn off the chair alarm. On October 16, 2007, she tested positive for c-difficile and was moved to an isolated room. During the early hours of October 17, 2007, a nurse heard crying and went to investigate and found the deceased head first in the bathtub. She was confused and had a large abrasion on the left side of her forehead. At this time there was a bed alarm but it did not go off. After this incident, sitters were engaged to be with the deceased.

The deceased's daughter stated that her mother had dementia and was difficult to handle. Another daughter stated that they should have left her mother in her old room to afford her a sense of security, as she would have remained in familiar surroundings.

Dr. John Morris, Pathologist, revealed she had suffered a cerebral hemorrhage; a contra coup injury which he described as the injury being on the opposite side of the impact. She had both a subarachnoid hemorrhage and an intracerebral hemorrhage. The cause of death was bilateral lower lobe pneumonia as a result of cerebral injury sustained during a fall.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 9

Cette femme âgée de 87 ans avait fait une chute à la maison et avait été admise à l'HRDEC le 9 août 2007 afin d'y subir une chirurgie pour une fracture à la hanche. Le 7 septembre 2007, on l'avait transférée à l'unité de réadaptation de l'Hôpital public d'Oromocto. Le personnel infirmier de l'hôpital avait retiré l'alarme sur la chaise présente dans la chambre de la dame parce que cette dernière se levait souvent et se promenait dans sa chambre et que le personnel n'était pas en mesure d'aller chaque fois faire cesser l'alarme. Le 16 octobre 2007, on a diagnostiqué chez la dame une infection au *C. difficile* et on l'a transférée dans une autre chambre, en isolement. Au cours des petites heures du matin du 17 octobre 2007, une infirmière a entendu des pleurs et a trouvé la dame, tête première, dans la baignoire. La dame était confuse et présentait une importante abrasion sur le côté gauche du front. Une alarme avait été installée sur le lit, mais elle ne s'était pas déclenchée. À la suite de cet incident, on avait engagé des gardes d'adultes pour accompagner la dame.

La fille de la victime a indiqué que sa mère souffrait de démence et qu'elle était difficile à maîtriser. Une autre des filles de la dame a fait remarquer qu'on aurait dû laisser sa mère dans son ancienne chambre, qui lui était familière et où elle se serait sentie plus en sécurité.

Le pathologiste, le D[r] John Morris, a indiqué que la dame avait subi une hémorragie cérébrale, une blessure par contrecoup, qui se trouvait du côté opposé à la zone d'impact. La dame avait souffert à la fois d'une hémorragie sous-arachnoïdienne et d'une hémorragie intracérébrale. Le décès a été attribué à une pneumonie aux deux lobes pulmonaires inférieurs des suites du traumatisme cérébral subi lors de la chute.

Other Cases of Interest continued

The coroner made the following recommendations:

1. When a patient requires more supervision than staff can handle, it is recommended that nursing staff should immediately validate the need for sitters as per the Administrative Policy Manual on the subject of Sitters.

2. It is recommended that nurses who are looking after dementia patients should have specialized training in the traits and characteristics involved so they can provide a safer environment for them.

3. When patients develop infections such as c-difficile and require isolation from other patients, it is recommended that the overall condition of the patient be taken into consideration when considering whether to move the patient who has the infection or to leave them in the current room and move the other patient out.

These recommendations were forwarded to the Department of Health for consideration.

The Minister of Health advised that the coroner's recommendations were forwarded to the Chief Executive Officer of the Regional Health Authority (RHA) involved.

Recommendation #1

When a patient requires more supervision than staff can handle, it is recommended that nursing staff should immediately validate the need for sitters as per the Administrative Policy Manual on the subject of Sitters.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le coroner a effectué les recommandations suivantes :

1. Lorsqu'un patient requiert un degré de surveillance supérieur à ce qui peut être fourni par le personnel en place, on recommande que le personnel infirmier fasse immédiatement la demande de gardes d'adultes, comme cela est précisé dans le manuel des directives administratives.

2. Le personnel infirmier qui prend soin de patients atteints de démence devrait avoir reçu une formation spécialisée concernant les caractéristiques de ce trouble afin d'être en mesure d'offrir un environnement plus sécuritaire pour les patients.

3. Lorsque les patients sont atteints d'infection comme le *C. difficile* et qu'ils doivent être isolés, on recommande d'examiner la possibilité de laisser le patient dans la chambre qu'il occupe et de déplacer plutôt l'autre patient.

Ces recommandations ont été envoyés au ministère de la Santé pour examen.

Le ministre de la Santé fait savoir que les recommandations du coroner ont été transmises au directeur général de la régie régionale de la santé (RRS) en cause.

Recommandation n° 1

Lorsqu'un patient requiert un degré de surveillance supérieur à ce qui peut être fourni par le personnel en place, on recommande que le personnel infirmier fasse immédiatement la demande de gardes d'adultes, comme cela est précisé dans le manuel des directives administratives.

Other Cases of Interest continued

River Valley Health advised that staff refer to and use the guidelines for assigning sitters as outlined in the River Valley Health Policy – "Sitters". The Sitter Assessment tool is used to validate the need for a sitter.

Recommendation #2

It is recommended that nurses who are looking after dementia patients should have specialized training in the traits and characteristics involved so they can provide a safer environment for them.

River Valley Health provides a Gerontology Nursing education program and one day is devoted to the care of the patient with dementia. The Nurse Manager on the unit where this incident occurred is certified by the Canadian Nurses Association in the Gerontology Nursing Program. The plan is that all nurses on this unit will receive this education program. Five nurses have completed the training to date.

Recommendation #3

When patients develop infections such as c-difficile and require isolation from other patients, it is recommended that the overall condition of the patient be taken into consideration when considering whether to move the patient who has the infection or to leave them in the current room and move the other patient out.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

La Régie Santé de la Vallée a signalé que le personnel doit consulter et utiliser les lignes directrices relatives à l'affectation des gardiennes énoncées dans la politique de la Régie Santé de la Vallée à ce sujet. L'outil d'évaluation est utilisé pour valider la nécessité d'avoir recours à une gardienne.

Recommandation n° 2

Le personnel infirmier qui prend soin de patients atteints de démence devrait avoir reçu une formation spécialisée concernant les caractéristiques de ce trouble afin d'être en mesure d'offrir un environnement plus sécuritaire pour les patients.

La Régie Santé de la Vallée offre un programme de formation de soins infirmiers en gérontologie dont une journée est consacrée aux soins des patients atteints de démence. L'infirmière gestionnaire de l'unité où s'est produit l'incident est certifiée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada dans le programme de soins infirmiers en gérontologie. L'objectif est de fournir ce programme de formation à toutes les infirmières de cette unité. Cinq infirmières ont terminé la formation jusqu'ici.

Recommandation n° 3

Lorsque les patients sont atteints d'infection comme le *C. difficile* et qu'ils doivent être isolés, on recommande d'examiner la possibilité de laisser le patient dans la chambre qu'il occupe et de déplacer plutôt l'autre patient.

Other Cases of Interest continued

River Valley Health agreed that the overall condition of the patient is one of the factors considered when determining whether to move the patient who has the infection or to leave the patient in the current room and move the other patient out. This is included as part of the assessment prior to transferring a patient.

Case #10

This 23 year old lady was admitted for a thirty day evaluation to the Miramichi Regional Hospital Psychiatry Unit on May 1, 2005, as she stated she would harm herself. She was placed on 24 hour intensive supervision. Two days later she was downgraded to 15 minute checks and was removed from the intensive suicide watch. On May 4, 2005, she was discovered hanging in her room. She was resuscitated and transferred to the Critical Care Unit and placed on a ventilator. On May 5, 2005 she was transferred to the Moncton Hospital. She passed away on May 20, 2005 due to anoxic encephalopathy (post attempted hanging) and there was progressive deterioration with development of right sided pneumonia.

The coroner made the following recommendations:

1. As a result of this incident, this writer recommended that a cut-down knife be available on the psychiatric unit and that the handles on the closet doors be removed.

2. It is further recommended that:

   a) This case be reviewed by an independent authority to determine that local policy and practice meets accepted standards of care for a person admitted to a psychiatry unit with a known risk for suicide;

Autres cas dignes d'intéret (suite)

La Régie Santé de la Vallée a convenu que la condition générale du patient est un des facteurs qui sont pris en considération lorsqu'il s'agit de déterminer s'il faut déménager le patient infecté ou s'il faut le laisser dans sa chambre et déménager l'autre patient. Cette étape fait partie de l'évaluation qui est effectuée avant le transfert d'un patient.

Cas n^{o} 10

Cette femme de 23 ans a été admise à l'unité psychiatrique de l'hôpital régional de Miramichi le 1er mai 2005 pour une évaluation de 30 jours car elle avait manifesté l'intention de s'automutiler. Elle a été placée sous surveillance intensive continue. Deux jours plus tard, la surveillance étroite en cas de risque de suicide a été levée et la surveillance a été réduite à des vérifications aux 15 minutes. Le 4 mai 2005, elle a été trouvée pendue dans sa chambre. Elle a été réanimée et transférée à l'unité des soins aux malades en phase critique et branchée à un ventilateur. Le 5 mai 2005, elle a été transférée à l'hôpital de Moncton. Elle est décédée le 20 mai 2005 d'une encéphalopathie anoxique découlant de sa tentative de pendaison. Son état s'était progressivement détérioré en raison d'une pneumonie du côté droit.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. À la suite de ce décès, il est recommandé de mettre un couteau à la disposition de l'unité psychiatrique et de retirer les poignées des portes de placard.

2. Il est également recommandé :

   a) Que ce cas soit examiné par une autorité indépendante pour déterminer si les directives et les pratiques locales respectent les normes acceptées en matière de soins aux personnes admises à une unité psychiatrique lorsque leurs tendances suicidaires sont connues;

Other Cases of Interest continued

b) That Region 7 Health Authority assess its policy on retaining health records to ensure that all essential information in regards to patient care is retained in the permanent record and not destroyed (the permanent record should reflect the patient's care and progress and the process of evaluating the progress).

The recommendations were forwarded to the Department of Health.

The Minister of Health advised that the Department is in agreement with the recommendations identified due to this incident. As a result, a copy of this response has been forwarded to the Chief Executive Officer of the Region 7 Health Authority indicating the Department's support of these recommendations and asking that these be implemented.

Recommendation #1

As a result of this incident, this writer recommended that a cut-down knife be available on the psychiatric unit and that the handles on the closet doors be removed.

The Miramichi Regional Health Authority advised that a cut down knife is now in an easily accessible drawer for staff in the event it is required. The handles are all removed from the closets and doors. These two corrective actions were completed almost immediately, within 24 hours, of the incident.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

b) Que la Régie régionale de la santé 7 examine sa directive sur la conservation des dossiers sur la santé pour s'assurer que tous les renseignements essentiels sont conservés dans un dossier permanent et ne sont pas détruits (le dossier permanent doit comprendre des renseignements sur les soins fournis au patient, la progression ou la régression de son état de santé, ainsi que les mesures prises pour évaluer son état de santé).

Les recommandations ont été envoyés au ministère de la Santé.

Le ministre de la Santé signale que le Ministère approuve les recommandations émises à la suite de cet incident. En conséquence une copie de cette réponse a été transmise au directeur général de la Régie de la santé de la région 7 pour signifier que le Ministère appuie ces recommandations et pour demander leur mise en œuvre.

Recommandation n° 1

À la suite de ce décès, il est recommandé de mettre un couteau à la disposition de l'unité psychiatrique et de retirer les poignées des portes de placard.

La régie régionale de la santé de Miramichi a signalé qu'un couteau se trouve maintenant dans un tiroir facile d'accès à l'intention du personnel en cas de besoin. Les poignées de tous les placards et de toutes les portes ont été enlevées. Ces deux mesures correctives ont été prises presque immédiatement, soit dans les 24 heures qui ont suivi l'incident.

Other Cases of Interest continued

Recommendation #2

It is further recommended that:

a) This case be reviewed by an independent authority to determine that local policy and practice meets accepted standards of care for a person admitted to a psychiatry unit with a known risk for suicide;

The Miramichi Regional Health Authority advised that to date, due to staffing issues and other obstacles beyond their control, they have not been able to fully complete the review of the policies and procedures. This is ongoing.

b) That Region 7 Health Authority assess its policy on retaining health records to ensure that all essential information in regards to patient care is retained in the permanent record and not destroyed (the permanent record should reflect the patient's care and progress and the process of evaluating the progress).

The Miramichi Regional Health Authority advised that policy is in place with the Department of Health Records that applies standards to retaining and destroying patients' health records relevant to what is set out in the NB Provincial *Hospital Act*, Section 20 (Patients Records). Living patients' health records are retained for 30 years and retained for six years if the patient has deceased.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Recommandation n° 2

Il est également recommandé :

a) Que ce cas soit examiné par une autorité indépendante pour déterminer si les directives et les pratiques locales respectent les normes acceptées en matière de soins aux personnes admises à une unité psychiatrique lorsque leurs tendances suicidaires sont connues;

Les représentants de la régie régionale de la santé de Miramichi ont signalé que jusqu'à présent, en raison des problèmes de dotation en personnel et d'autres obstacles indépendants de leur volonté, ils n'ont pas été en mesure de terminer l'examen des politiques et des procédures. Cet examen se poursuit.

b) Que la Régie régionale de la santé 7 examine sa directive sur la conservation des dossiers sur la santé pour s'assurer que tous les renseignements essentiels sont conservés dans un dossier permanent et ne sont pas détruits (le dossier permanent doit comprendre des renseignements sur les soins fournis au patient, la progression ou la régression de son état de santé, ainsi que les mesures prises pour évaluer son état de santé).

La régie régionale de la santé de Miramichi a signalé qu'une politique est en vigueur au sein du service des dossiers de santé afin d'appliquer des normes à la conservation et à la destruction des dossiers de santé des patients conformément à ce qui est prévu à l'article 20 du règlement 92-84 établi en vertu de la *Loi hospitalière* du Nouveau-Brunswick (dossiers des patients). Les dossiers de santé sont conservés pendant 30 ans si le patient est vivant et pendant six ans si le patient est décédé.

Other Cases of Interest continued

Case #11

This 45 year old obese male presented to the Moncton City Hospital on March 26, 2007 for a bone marrow aspirate and biopsy. This was part of an investigation for lymphadenopathy and splenomegaly, diagnosed in October 2006. In January 2007, he had right flank pain and a CT scan showed a markedly enlarged spleen. His past medical history included H/O hypertension and he was on Atenolol and ASA. The lymphadenopathy subsequently regressed and there was no history of night sweats, chills or fever.

On March 26, the bone marrow biopsy was attempted several times on the post iliac spine without success, in part because of his obesity. Subsequently, a bone marrow biopsy was performed on the sternum. Immediately following this procedure he had a syncopal attack. Several tests were done, including an echocardiogram performed during CPR. It suggested electromechanical dissocation with no pericardial effusion. Physicians believe that clinically, massive pulmonary embolism was the cause for his condition and the ACLS protocol was implemented to resuscitate him without success. The biopsy was organized as a day procedure and the case review indicated that there were problems in responding to the medical emergency which ensued.

At autopsy, the pathologist determined that the puncture wound in the sternum was associated with massive hemopericardium and puncture wound of the right ventricle of the heart. Microscopic

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n^{o} 11

Cet homme, obèse, âgé de 45 ans, s'est présenté au Moncton City Hospital le 26 mars 2007 afin d'y subir un prélèvement de moelle osseuse et une biopsie. Cet examen faisait partie d'une batterie de tests visant à déterminer la cause d'une lymphadénopathie et d'une splénomégalie diagnostiquées en octobre 2006. En janvier 2007, l'homme s'était plaint d'une douleur au côté droit et une tomodensitométrie avait révélé une importante hypertrophie de la rate. L'homme avait des antécédents d'hypertension et prenait de l'aténolol et de l'AAS. La lymphadénopathie avait par la suite régressé et l'homme n'avait jamais présenté de sueurs nocturnes, de frissons ni de fièvre.

Le 26 mars, on a tenté à plusieurs reprises d'effectuer la biopsie dans la région iliaque postérieure, sans succès. L'échec de ces tentatives était en partie dû au fait que l'homme souffrait d'obésité. On a par la suite effectué la biopsie de la moelle osseuse dans le sternum. Tout de suite après le prélèvement, l'homme a fait une syncope. On a alors procédé à plusieurs examens, y compris à une échographie cardiaque effectuée pendant les manœuvres de RCR. Les résultats de l'examen suggéraient une dissociation électromécanique sans effusion péricardique. Au plan clinique, les médecins étaient d'avis que l'homme avait été victime d'une importante embolie pulmonaire et ils ont débuté une technique spécialisée de réanimation cardio-respiratoire, sans succès toutefois. Cette biopsie était considérée comme une chirurgie d'un jour et la révision du cas a permis de constater que le personnel avait eu de la difficulté à faire face à l'urgence médicale qui s'en était suivie.

Lors de l'autopsie, le pathologiste a déterminé que la zone de ponction du sternum était associée à un important hémopéricarde et à une ponction du ventricule droit du cœur. L'examen microscopique

Other Cases of Interest continued

examination suggested sarcoidosis but no evidence of malignant lymphoma. The pathologist attributed the cause of death to cardiac tamponade due to massive hemopericardium, secondary to a puncture wound of the heart.

Upon review of the case, the coroner offers the following comments and recommendations:

The hip is acknowledged as the recommended site for performing bone marrow aspiration. In circumstances where the hip cannot be accessed and sternal puncture is the only viable option, it is recommended that the sternal puncture be performed in an environment where there can be an immediate emergency response.

In a brief review of the literature, obesity was identified as a factor that increases the risk of a bone marrow biopsy. The organization, Safe Practices in Patient Care, has published an advisory on bone marrow aspiration and biopsy and offers specific recommendations on morbidly obese patients. (Please refer to: http://www.safe-practices.org/SafePractice7.pdf .) It is recommended that a review be undertaken of best practices for performing biopsies on obese patients.

The case summary and above-noted recommendations have been forwarded to the Minister of Health for review and consideration by Regional Health Authorities across the province. They were also sent to the College of Physicians & Surgeons.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

suggérait la présence d'une sarcoïdose, mais n'a révélé aucun signe de lymphome malin. Le pathologiste a attribué le décès à une tamponnade cardiaque des suites d'un hémopéricarde massif dû à une ponction du cœur.

Après révision du cas, le coroner a formulé les recommandations et les commentaires suivants :

On recommande généralement d'effectuer les prélèvements de moelle osseuse dans la hanche. Lorsqu'il est impossible de procéder à ce prélèvement dans la hanche et que le sternum est le seul autre endroit où on peut l'effectuer, on recommande de pratiquer cette intervention dans un milieu où l'on peut rapidement intervenir en cas d'urgence.

Un bref survol de la littérature médicale a permis de constater que l'obésité était considérée un facteur d'accroissement du risque en cas de biopsie de la moelle osseuse. L'organisme Safe Practices in Patient Care a publié un avis relativement aux prélèvements de moelle osseuse dans lequel on trouve des recommandations particulières concernant les patients atteints d'obésité morbide (voir le site Web suivant : http://www.safe-practices.org/SafePractice7.pdf). On recommande donc une revue des meilleures pratiques relatives aux biopsies effectuées sur des patients obèses.

Le résumé du cas et les recommandations susmentionnées ont été transmis au ministre de la Santé, qui soumettra la question aux régies régionales de la santé de la province. Elles ont également été envoyées au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

Other Cases of Interest continued

Recommendations:

The hip is acknowledged as the recommended site for performing bone marrow aspiration. In circumstances where the hip cannot be accessed and sternal puncture is the only viable option, it is recommended that the sternal puncture be performed in an environment where there can be an immediate emergency response.

In a brief review of the literature, obesity was identified as a factor that increases the risk of a bone marrow biopsy. The organization, Safe Practices in Patient Care, has published an advisory on bone marrow aspiration and biopsy and offers specific recommendations on morbidly obese patients. (Please refer to: http://www.safe-practices.org/SafePractice7.pdf .) It is recommended that a review be undertaken of best practices for performing biopsies on obese patients.

The Minister of Health advised that the information and recommendations will be sent out to the Chief Executive Officer of the Regional Health Authority (RHA) and request they undertake a process to review the best practices for performing biopsies on obese patients. They will be asked to report their findings to the Executive Director of Hospital Services.

The College of Physicians and Surgeons of New Brunswick advised that this particular approach, which was more common in the past, is now rarely, if at all, used. At most, they would expect that it would only be used by the most experienced

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Recommandations :

On recommande généralement d'effectuer les prélèvements de moelle osseuse dans la hanche. Lorsqu'il est impossible de procéder à ce prélèvement dans la hanche et que le sternum est le seul autre endroit où on peut l'effectuer, on recommande de pratiquer cette intervention dans un milieu où l'on peut rapidement intervenir en cas d'urgence.

Un bref survol de la littérature médicale a permis de constater que l'obésité était considérée un facteur d'accroissement du risque en cas de biopsie de la moelle osseuse. L'organisme Safe Practices in Patient Care a publié un avis relativement aux prélèvements de moelle osseuse dans lequel on trouve des recommandations particulières concernant les patients atteints d'obésité morbide (voir le site Web suivant : http://www.safe-practices.org/SafePractice7.pdf). On recommande donc une revue des meilleures pratiques relatives aux biopsies effectuées sur des patients obèses.

Le ministre de la Santé fait savoir que les renseignements et les recommandations seront acheminés à la directrice générale de la Régie régionale de la santé (RRS) et qu'on demandera à la Régie d'entreprendre un processus d'examen des pratiques exemplaires en biopsie quand il s'agit d'un prélèvement sur un sujet obèse. On lui demandera de rendre compte de ses conclusions à la directrice générale des Services hospitaliers.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a fait savoir que l'approche utilisée dans ce cas, qui était plus commune autrefois, n'est plus utilisée que rarement sinon pas du tout. Au mieux, les responsables s'attendent à ce

Other Cases of Interest continued

clinicians and only in circumstances where such was the only alternative. The matter will be mentioned in an upcoming newsletter, which will apprise the physicians of the fact of this unfortunate death.

Case #12

This lady was crossing Elmwood Drive near Vail Street at approximately 18:45 hours on March 31, 2006. She was struck by a vehicle that had exited from Stone Street onto Elmwood. She died a short while later in hospital as a result of her injuries. The driver of the vehicle was travelling within the speed limit. This crosswalk was previously identified by community members as a dangerous crosswalk.

The Coroner did not recommend a public inquest into this death, but has made the following recommendation:

> That the City of Moncton consider posting signs on all corners of this intersection to warn pedestrians of the heavy traffic flow and to only use the crosswalks that are provided to safely cross the street.

This recommendation was sent to the Department of Transportation who in turn sent a copy to the City of Moncton Engineering & Environmental Services Division for their response.

Recommendation:

That the City of Moncton consider posting signs on all corners of this intersection to warn pedestrians of the heavy traffic flow and to only use the crosswalks that are provided to safely cross the street.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

que cette approche ne soit utilisée que par les cliniciens les plus chevronnés et seulement lorsque toute autre possibilité a été écartée. Cette question sera traitée dans un prochain bulletin qui informera les médecins de ce regrettable décès.

Cas n^{o} 12

Cette dame traversait la promenade Elmwood, près de la rue Vail, vers 18 h 45, le 31 mars 2006, lorsqu'elle a été heurtée par un véhicule qui débouchait sur la promenade Elmwood en provenance de la rue Stone. La dame est décédée des suites de ses blessures peu de temps après son arrivée à l'hôpital. Le conducteur du véhicule circulait à la vitesse permise. Les gens de la communauté avaient déjà signalé les dangers de ce passage pour piétons.

Le coroner n'a pas recommandé la tenue d'une enquête publique pour cette affaire, mais il a quand même effectué la recommandation suivante :

> Demander à la Ville de Moncton d'envisager la pose de signalisation aux quatre coins de cette intersection afin d'avertir les piétons de la forte circulation automobile et de les enjoindre de toujours emprunter les passages pour piétons afin de traverser l'intersection en toute sécurité.

Cette recommandation a été acheminée au ministère des Transports, qui les a ensuite envoyées à la Division d'ingénierie et des services environnementaux de la Ville de Moncton pour qu'elle y donne suite.

Recommandation :

Demander à la Ville de Moncton d'envisager la pose de signalisation aux quatre coins de cette intersection afin d'avertir les piétons de la forte circulation automobile et de les enjoindre de toujours emprunter les passages pour piétons afin de traverser l'intersection en toute sécurité.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Transportation advised that the Department follows Transportation Association of Canada (TAC) guidelines regarding signing and striping with respect to crosswalks on provincially designated routes. As the signing recommended does not meet TAC (nationally accepted) guidelines, the Department could not recommend utilizing it at this location. The Minister further advised that the recommendations were forwarded to the City of Moncton for their consideration of this recommended signage on the Moncton municipal streets that are adjacent to where this fatality occurred.

The City of Moncton advised that TAC establishes guidelines for traffic control and those guidelines are recognized Canada wide as the best standards for the promotion of public safety. The City of Moncton goes to great lengths to meet the TAC guidelines and, in the interest of public safety, we do not deviate from them. Accordingly, in the interest of preventing accidents and remaining consistent with industry-wide accepted practices, we cannot agree with your recommendations.

Case #13

This 61 year old male died on June 6, 2007 as a result of crushing injuries following an industrial accident in Aroostook, N.B., in the area of the new TransCanada Highway.

At the time of the accident the heavy equipment operator was operating a tracked excavator, cleaning the overhead edge of a rock face and ditch area. At one point, while performing this action, a large section of rock, estimated to be approximately 440 cubic metres in size, broke away and fell forward onto the cab of the excavator, crushing the cab and operator.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre du Transport indique que le Ministère se conforme aux directives de l'Association des transports du Canada (ATC) en ce qui a trait à la signalisation et au marquage de la chaussée aux traverses de piéton sur les routes désignées par la province. Étant donné que la signalisation recommandée n'est pas conforme aux directives de l'ATC (qui sont acceptées à l'échelle nationale), le ministère ne peut recommander son utilisation à cet endroit. Le Ministre indique de plus que les recommandations ont été acheminées à la Ville de Moncton pour qu'elle se penche sur l'utilisation de la signalisation recommandée dans les rues municipales de Moncton jouxtant l'endroit où a eu lieu l'accident mortel.

La Ville de Moncton signale que l'ATC émet des directives visant la régulation de la circulation et que ces directives sont reconnues partout au Canada comme les meilleures normes pour promouvoir la sécurité publique. La Ville de Moncton déploie tous les efforts pour se conformer aux normes de l'ATC et dans l'intérêt de la sécurité publique, nous ne nous en écartons pas. Par conséquent, afin de prévenir les accidents et de maintenir la cohérence avec les pratiques acceptées par l'ensemble de l'industrie, nous ne pouvons pas approuver vos recommandations.

Cas n^{o} 13

Un homme de 61 ans est décédé le 6 juin 2007 dans un accident de travail survenu près de la nouvelle route transcanadienne à Aroostook, au Nouveau-Brunswick.

Au moment de l'accident, le conducteur de machine lourde était aux commandes d'un excavateur à chenilles et déblayait la bordure surélevée d'une paroi rocheuse donnant sur un fossé . Alors qu'il exerçait ces tâches, un gros morceau de roche d'environ 440 mètres cubes s'est détaché de la paroi et est tombé sur l'excavateur, écrasant la cabine et le conducteur.

Other Cases of Interest continued

The accident was investigated by the Workplace Health, Safety and Compensation Commission (WHSCC). Their accident review committee did not recommend any action against the employer. The WHSCC investigation reported that the operator had over 30 years experience operating excavators and other road building equipment. Additionally, the WHSCC investigator noted that, although engineering specifications were followed precisely, there are no specific procedures or codes of practice for this type of work.

Therefore, in the interests of preventing other deaths in similar circumstances, the coroner supports and agrees with the following recommendations made by the investigating officer of WHSCC:

1. Recommend the development of regulations surrounding this type of work.

2. Recommend the review of engineering designs to change the slope so debris would slide along the face to the ditch as opposed to falling straight away from it.

The recommendations were forwarded to the Department of Transportation and the New Brunswick Road Builders Association.

Recommendaitons:

1. **Recommend the development of regulations surrounding this type of work.**

2. **Recommend the review of engineering designs to change the slope so debris would slide along the face to the ditch as opposed to falling straight away from it.**

Autres cas dignes d'intéret (suite)

La Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail (CSSIAT) a fait enquête sur l'accident et son comité d'examen a recommandé qu'aucune mesure ne soit prise à l'égard de l'employeur. L'enquête de la CSSIAT a révélé que l'homme avait plus de 30 ans d'expérience dans la conduite d'excavateurs et d'autres machines servant à la construction des routes. De plus, l'enquêteur de la CSSIAT a noté qu'il n'existe pas de procédure ou de code pratique précis pour ce type de travail. Il a cependant indiqué que les devis techniques avaient été respectés à la lettre.

Par conséquent, afin de prévenir d'autres décès dans des circonstances semblables, le coroner signale qu'il est d'accord avec les recommandations suivantes formulées par l'enquêteur de la CSSIAT et qu'il les appuie sans réserve :

1. Que des règlements soient élaborés pour ce genre de travail;

2. Que les devis techniques soient révisés de façon à modifier la pente pour s'assurer que les débris glissent le long de la paroi jusqu'au fossé et ne tombent pas directement vers le sol à l'écart de la façade.

Les recommandations ont été transmises au ministère des Transports et à l'Association des constructeurs de routes du Nouveau-Brunswick.

Recommandaitons :

1. **Que des règlements soient élaborés pour ce genre de travail;**

2. **Que les devis techniques soient révisés de façon à modifier la pente pour s'assurer que les débris glissent le long de la paroi jusqu'au fossé et ne tombent pas directement vers le sol à l'écart de la façade.**

Other Cases of Interest continued

The Minister of Transportation reported that the Department will review the recommendations of the Workplace Health, Safety and Compensation Commission's (WHSCC) investigating officer with the view of preventing serious accidents in similar circumstances. Officials of the Department of Transportation would be willing to assist WHSCC in developing regulations or a "*Code of Practice*" as it relates to this type of work. Departmental officials have completed a review of current design practices as it relates to sloping of rock excavations. The current design process includes a detailed geotechnical investigation. This investigation provides recommendations on the preferred rock slope to yield long-term stability. This geotechnical review will not always identify small pockets of unstable material. These unstable areas are best handled in the field by flattening the rock slope or by removing loose material in these isolated areas. The previously noted development of a "Code of Practice" could be applied to address these isolated situations.

The New Brunswick Road Builders and Heavy Construction Association acknowledged receipt of the recommendations.

Case #14

The deaths of this family occurred when the vehicle, driven by the adult male, left the road and went into the river. The 39 year old male driver, his pregnant 28 year old wife and their 3 year old child drowned. The vehicle did not go straight across the intersection where it would have the guard rail and a large tree may have slowed its

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre du Transport signale que son ministère examinera les recommandations de l'enquêteur de la Commission de la sécurité, de la santé et de l'indemnisation des accidents au travail (CSSIAT) afin de prévenir que des accidents graves aient lieu à l'avenir dans des circonstances semblables. Les responsables du ministère du Transport seraient d'accord pour aider la CSSIAT à élaborer des règlements ou un code d'exercice visant ce genre de travail. Des agents du Ministère ont terminé l'examen des pratiques de conception actuelles en ce qui a trait à l'aménagement en pente de la paroi rocheuse d'un lieu d'excavation. Le processus de conception prévoit actuellement une enquête géotechnique détaillée permettant d'émettre des recommandations quant à la pente à privilégier pour assurer la stabilité à long terme. L'examen géotechnique pourrait ne pas repérer de petits amas de matières instables. Le meilleur moyen de traiter ces zones instables sur le terrain consiste à amoindrir l'inclinaison de la pente rocheuse ou à enlever les matières instables dans ces zones isolées. On pourrait se pencher sur ces cas particuliers pendant l'élaboration du « code d'exercice » déjà mentionné.

L'Association des constructeurs de route et de la construction lourde du Nouveau-Brunswick a accusé réception de ces recommandations.

Cas n^{o} 14

Le décès de cette famille est survenu lorsque le véhicule, conduit par l'homme, a quitté la route et a plongé dans une rivière. Le conducteur, un homme âgé de 39 ans, sa femme, enceinte, âgée de 28 ans et leur jeune enfant, âgé de trois ans, sont morts noyés. Le véhicule n'a pas plongé dans la rivière à l'intersection, là où sa trajectoire aurait pu être

trajectory. Rather, it failed to stop at a stop sign, veered to the left by approximately five metres, through a washout down the bank and into the river, where it was found partially submerged. There were no signs of braking action from the vehicle and a mechanical inspection found that the steering and brakes were in working order and that mechanical failure did not contribute to the collision.

The adult male had a history of depression, Aspergers Syndrome and was described as overwhelmed with his life circumstances. He had lived out of the country for a significant period and when he returned, was married with a young child. He was unemployed, having adjustment problems and suicidal thoughts. He also needed help to complete documentation to allow his non-English speaking wife, to have her visa extended to stay in Canada.

He sought help at the Saint John Regional Hospital in late October, where he was assessed and hospitalized because of increased anxiety, decreased sleep and suicidal thoughts. He was diagnosed with Adjustment Disorder with depressed and anxious mood and admitted for treatment. The psychiatrist prescribed Remeron (Mirtazapine) and Clonazepam and he remained in hospital overnight. He was permitted to leave for the weekend, at his request, in the company of his family and upon his return, he was released, with a referral to Community Mental Health (CMH) on Oct. 31. While awaiting assessment by CMH, he returned to the Saint John Regional who requested a higher priority by CMH. After assessment, he had several contacts with CMH over the seven weeks prior to the deaths. In

ralentie par un garde-fou et par un gros arbre. Le conducteur du véhicule a plutôt omis de s'arrêter au stop et amorcé une trajectoire vers la gauche sur environ cinq mètres, dans une zone de ravinement située sur la berge, avant de plonger dans la rivière où le véhicule s'est retrouvé partiellement immergé. Sur les lieux, on n'a pas observé de traces de freinage. L'inspection mécanique du véhicule a révélé que les freins étaient en bon état et que l'accident n'était pas dû à une défaillance mécanique.

L'homme avait des antécédents de dépression et souffrait du syndrome d'Asperger. Il semblait également dépassé par les circonstances de sa vie. L'homme, qui avait vécu à l'extérieur du pays pendant de nombreuses années, était revenu au Canada marié et père d'un jeune enfant. L'homme était sans emploi et présentait des problèmes d'adaptation et des pensées suicidaires. Il avait notamment demandé de l'aide afin de remplir la demande d'extension de visa de séjour de sa femme qui ne parlait pas l'anglais.

L'homme s'était présenté l'Hôpital régional de Saint-Jean à la fin d'octobre afin de demander de l'aide. On avait alors évalué son état et choisi de l'hospitaliser en raison de son fort degré d'anxiété, de son manque de sommeil et de ses pensées suicidaires. Les médecins avaient posé un diagnostic de trouble de l'adaptation associé à une humeur dépressive et anxieuse. L'homme avait été admis à l'hôpital pour y être traité. Le psychiatre avait prescrit du Remeron (mirtazapine) et du clonazépam et avait gardé le patient pour la nuit. L'homme avait ensuite demandé à recevoir son congé pour la fin de semaine, ce qu'on lui avait accordé. Il avait quitté l'hôpital en compagnie de sa famille. Suivant son retour à l'hôpital, il avait reçu son congé et avait été adressé au Centre de santé

one session, he reported that on release from hospital he had mistakenly doubled his dosage of Remeron, which he corrected, and was feeling suicidal again. His first visit was scheduled for November 20 but he never attended until early December 8. On that occasion, he met with a mental health nurse and subsequently met with a human services counsellor on December 20, who was not able to assist him with completing the immigration documentation.

mentale communautaire (CSMC) le 31 octobre. Pendant qu'il était en attente de l'évaluation du CSMC, l'homme s'est à nouveau présenté à l'Hôpital régional de Saint-Jean, qui a alors demandé qu'on accélère le traitement de son cas. Une fois l'évaluation par le CSMC effectuée, il est entré en contact à plusieurs reprises avec le CSMC au cours des sept semaines qui ont précédé le drame. À une reprise, il avait signalé avoir doublé par erreur sa dose de Remeron, mais disait avoir corrigé la situation. Il avait aussi indiqué avoir à nouveau des pensées suicidaires. On lui avait fixé un premier rendez-vous pour le 20 novembre, mais il ne s'est finalement présenté au centre que le 8 décembre. Il avait à cette occasion rencontré une infirmière spécialisée en santé mentale. Le 20 décembre, il avait rencontré un conseiller en services à la personne qui avait été incapable de l'aider à remplir la documentation exigée par les services de l'immigration.

The coroner has recommended that the integration of mental health care provided in this case be reviewed. The review should include consideration of improved communication between the psychiatrist and staff of community mental health when the client discloses errors in medication dosage and on-going suicidal thoughts. The case should be reviewed by the attending physician to ensure that the risks associated with the prescribed drug are highlighted to the patient and to other clinicians involved in the patient's treatment. Finally, the significance of the life circumstances and familial pressures should also be reviewed in the risk assessment established for this case.

Le coroner a recommandé qu'on revoie la coordination des soins de santé mentale offerts dans ce cas. Cet examen devrait comporter un volet concernant l'amélioration de la communication entre les psychiatres et les intervenants en santé mentale de la communauté dans les cas où le patient fait état d'une erreur dans la prise de ses médicaments et de la poursuite des pensées suicidaires. Le cas devrait faire l'objet d'une révision avec le médecin traitant afin de s'assurer qu'on informe le patient et les autres intervenants au dossier des risques associés aux médicaments prescrits. Il faudrait également, pour ce cas, réexaminer l'incidence des circonstances de vie et des pressions familiales.

Other Cases of Interest continued

The case circumstances will be highlighted for review by the Department of Health and by Health Canada with respect to overall care and the choice of Remeron for treatment, because of the risk of self harm.

Recommendation:

That the integration of mental health care provided in this case be reviewed. The review should include consideration of improved communication between the psychiatrist and staff of community mental health when the client discloses errors in medication dosage and on-going suicidal thoughts. The case should be reviewed by the attending physician to ensure that the risks associated with the prescribed drug are highlighted to the patient and to other clinicians involved in the patient's treatment. Finally, the significance of the life circumstances and familial pressures should also be reviewed in the risk assessment established for this case.

The Department of Health advised that a review of the mental health service delivery system is underway to assist with the development of a mental health strategy for New Brunswick. The issues outlined will be included in the review process. The Department of Health advised that with respect to the practice of medication distribution, the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick should address this issue.

The Office of the Chief Coroner forwarded a letter to the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick. They advised that the medication the deceased was receiving was appropriate for depression. It was also impossible to determine if an alteration to the dosage would have made a difference.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Il y aura revue, par le ministère de la Santé et par Santé Canada, des circonstances de ce cas relativement à l'ensemble des soins fournis ainsi qu'au choix du Remeron comme agent de traitement, vu le risque de comportements autodestructeurs qu'il comporte.

Recommandation :

Qu'on revoie la coordination des soins de santé mentale offerts dans ce cas. Cet examen devrait comporter un volet concernant l'amélioration de la communication entre les psychiatres et les intervenants en santé mentale de la communauté dans les cas où le patient fait état d'une erreur dans la prise de ses médicaments et de la poursuite des pensées suicidaires. Le cas devrait faire l'objet d'une révision avec le médecin traitant afin de s'assurer qu'on informe le patient et les autres intervenants au dossier des risques associés aux médicaments prescrits. Il faudrait également, pour ce cas, réexaminer l'incidence des circonstances de vie et des pressions familiales.

Le ministère de la Santé a signalé qu'un examen du système de prestation des services de santé mentale est en cours afin de contribuer à l'élaboration d'une stratégie de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick. Les problèmes exposés seront inclus dans le processus d'examen. Le ministère de la Santé a signalé que le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick devrait se pencher sur la question de la distribution des médicaments.

Le Bureau du coroner en chef a fait parvenir une lettre au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick. Le Collège a indiqué que les médicaments que prenait la personne décédée convenaient à quelqu'un qui souffre de dépression. De plus, il était impossible de déterminer si une modification de la dose prescrite aurait pu avoir des effets réels.

Other Cases of Interest continued

Health Canada advised that they are responsible for the oversight of market authorization holders maintaining the most up-to-date safety information on their health products which is communicated to health professionals and consumers. The current Canadian Product Monograph states in the Warnings and Precautions Section that there is potential association with behavioural and emotional changes, including self-harm with the use of Remeron. While Health Canada oversees the regulation of health products, it has no jurisdiction on how health care professionals prescribe drugs once they are approved. The Department continues to monitor the safety profile of health products, including Remeron, once they are marketed to ensure that the benefits of the product continue to outweigh the risks. The Canada Vigilance Program is Health Canada's post-market surveillance program that collects and assesses reports of suspected adverse reactions to health products submitted by heath care professionals or consumers. Adverse reaction information is used to help ensure the benefits of a health product continue to outweigh the risk, to update the labelling and product information for a health product and to work with market authorization holders and other stakeholders to inform Canadians about adverse reactions. Adverse reaction and reporting information is available through MedEffect at http://www.healthcanada.gc.ca/medeffect.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les représentants de Santé Canada ont signalé que l'organisme est chargé de surveiller les détenteurs d'une autorisation de mise en marché afin qu'ils tiennent le plus à jour possible les renseignements de sécurité qui sont communiqués aux professionnels de la santé et aux consommateurs au sujet de leurs produits de santé. La plus récente monographie canadienne indique, dans la section *Mises en garde et précautions*, qu'il existe un lien possible entre l'utilisation du Remeron et la manifestation de modifications du comportement et de l'émotivité, y compris l'automutilation. Bien que Santé Canada supervise la réglementation des produits de santé, l'organisme n'a aucune compétence sur la façon dont les professionnels de la santé prescrivent les médicaments une fois qu'ils sont approuvés. Le ministère continue de surveiller le profil de sécurité des produits de santé, dont le Remeron, lorsqu'ils sont mis en marché pour s'assurer que les avantages des produits continuent de l'emporter sur les risques. Le Programme Canada Vigilance est le programme de surveillance après la mise en marché de Santé Canada qui recueille et évalue les déclarations d'effets indésirables présumés associés aux produits de santé soumises par les professionnels de la santé ou les consommateurs. Santé Canada se sert de l'information sur les effets indésirables pour s'assurer que les avantages d'un produit de santé donné continuent de l'emporter sur les risques qu'il pourrait poser, pour mettre à jour l'étiquetage et l'information sur le produit et pour travailler de concert avec les détenteurs d'une autorisation de mise en marché et les autres intervenants afin d'informer les Canadiens et les Canadiennes au sujet des effets indésirables possibles. Vous pouvez vous renseigner sur les effets indésirables ou faire une déclaration sur le site de MedEffect à l'adresse suivante : http://www.healthcanada.gc.ca/medeffect.

Other Cases of Interest continued

Case #15

This 10 year old child died in hospital after being transported by Emergency Medical Technicians for treatment of an injury he sustained while driving an ATV on family property. The cause of death was a fracture of the cervical vertebrae and the manner of death was accidental.

The child had been driving a recreational vehicle for several years. On this occasion the child was found under the ATV, with his helmet found nearby.

The coroner did not recommend an inquest. The coroner recommended that greater controls over the operation of ATVs by minors be legislated.

The recommendation was forwarded to the Department of Public Safety.

Recommendation:

That greater controls over the operation of ATVs by minors be legislated

The Minister of Public Safety advised of an off-road vehicle safety initiative, which will reduce the potential for danger to New Brunswick children through the means of two pieces of legislation (Bill 17 and Bill 70) that the New Brunswick Government enacted. This legislation will provide increased enforcement and will provide for the use of age appropriate off-road vehicles and the use of the vehicle within a closed course environment. Amendments to the *Off-Road Vehicle Act* contained in Bill 70 are aimed at enhancing enforcement measures and increasing compliance with the Act. The amendments currently in force include a

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 15

Il s'agit d'un enfant de dix ans décédé à l'hôpital après y avoir été transporté par une équipe de techniciens ambulanciers pour traiter une blessure à la tête subie en conduisant un véhicule tout-terrain (VTT) sur la propriété familiale. Le décès, causé par une fracture des vertèbres cervicales, était de nature accidentelle.

L'enfant conduisait ce genre de véhicule depuis plusieurs années. Il a été retrouvé sous le VTT, son casque protecteur gisant non loin de là sur le sol.

Le coroner n'a pas recommandé la tenue d'une enquête. Il a toutefois recommandé que des mesures législatives plus strictes soient prises en ce qui a trait à la conduite des VTT par des mineurs.

La recommandation a été envoyés au ministère de la Sécurité publique.

Recommandation :

Que des mesures législatives plus strictes soient prises en ce qui a trait à la conduite des VTT par des mineurs

Le ministre de la Sécurité publique a précisé ue le gouvernement du Nouveau-Brunswick a mis en œuvre une initiative sur la sécurité relative aux véhicules hors route visant à réduire le danger posé aux enfants par l'intermédiaire de deux projets de loi distincts, soit les projets de loi 17 et 70. Ces mesures législatives renforceront les mesures d'application de la loi et contiendront des directives relatives à l'utilisation appropriée des véhicules hors route en fonction de l'âge et dans le cadre d'un circuit fermé. Les modifications à la *Loi sur les véhicules hors route* contenues dans le projet de loi 70 visent à accroître les mesures d'application de la

Other Cases of Interest continued

requirement for operators to carry proof of liability insurance, enhancement of matters surrounding a vehicle operator's duty of care and authorization for impoundment of vehicles where necessary. They have also created an Off-Road Vehicle Enforcement Officer Unit.

The Department and its partners are currently working on regulations to put another element of the off-road vehicle legislative reform (Bill 17) in place in the near future. Bill 17, An Act to Amend the Off-Road Vehicle Act, prohibits the operation of an off-road vehicle by persons under the age of 16, except under very limited circumstances as set out in the Act, and to be further elaborated on in the regulation. This amendment also provides for an exception to the age restriction, for the operation of off-road vehicles, on closed courses.

Case #16

This 79 year old male died as a result of trauma to the chest when he was kicked by a horse, while a participant at a horse hauling event at a local community fair.

The accident occurred at a horse hauling event as part of the Canada Day celebrations. The actual event had not started and the incident occurred while the teamsters were getting their horses ready to be weighed. The teamster was kicked in the chest by another teamster's horse, apparently agitated and startled by the sound of a dog barking.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

loi ainsi qu'à favoriser le respect de cette dernière. Ces modifications visent notamment l'inclusion de la nécessité, pour les exploitants, de produire la preuve qu'ils détiennent une assurance-responsabilité, l'accroissement des mesures visant à s'assurer que l'exploitant procède à un entretien adéquat de son matériel de même que l'ajout de modalités d'autorisation de mise à la fourrière des véhicules, le cas échéant. Ces modifications à la loi prévoient également la création de l'unité de l'application des lois sur les véhicules hors route.

Le ministère et ses partenaires travaillent actuellement à la réglementation qui permettra sous peu de mettre en place le prochain volet de la réforme législative, soit le projet de loi 17. Ce projet de loi vise à interdire l'utilisation d'un véhicule hors route à une personne âgée de moins de 16 ans, sauf dans certains cas bien précis, qui seront précisés dans la loi. Ce projet de loi prévoit également une exception à la clause relative à l'âge dans le cas où le véhicule est utilisé en circuit fermé.

Cas n° 16

Cet homme, âgé de 79 ans, est décédé des suites d'un traumatisme thoracique après avoir reçu une ruade alors qu'il participait à un concours de tir de chevaux dans le cadre d'une foire régionale.

L'accident est survenu lors d'un concours de tir de chevaux organisé à l'occasion des célébrations de la fête du Canada. Le concours n'avait pas encore commencé lors de l'incident. Les conducteurs d'attelage étaient en train de préparer leurs chevaux pour la pesée. L'homme a reçu un coup au thorax décoché par un cheval d'un autre attelage que le

Other Cases of Interest continued

Witnesses advised that prior to the event beginning, a dog had been on site, running around and nipping at the heels of the horses and the sound of the dog's barking may have startled the horse again.

The ambulance attendants were on scene within 6 minutes of receiving the call and found the patient initially alert. They provided CPR, including airway management but before transport began, assessment with the defibrillator indicated no electrical activity in the heart. Despite this, CPR was provided en route to the hospital and treatment was rendered in the emergency room until death was pronounced at 13:03.

The coroner conferred with officials involved in organizing these types of events. These competitions are a traditional part of many agricultural fairs and exhibitions throughout New Brunswick and the organizers believe that random testing of the animals would decrease the incidence of the use of stimulants by some competitors. The organizers advised that one of the impediments to random drug testing of the animals is the cost of having testing done by a veterinarian. They advocate that the cost of random tests should be covered by the province, in the interests of public safety.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

sien. Le cheval, qui semblait agité, aurait eu un réflexe de surprise en entendant les aboiements d'un chien. Selon des témoins du drame, on aurait vu un chien se promener librement sur le terrain et mordre les pattes des chevaux avant le début de l'activité. Les aboiements du chien auraient vraisemblablement fait sursauter le cheval de nouveau.

Les ambulanciers sont arrivés sur les lieux dans un délai de six minutes suivant l'appel et auraient initialement trouvé le patient alerte. Ils ont procédé aux manœuvres de RCR, y compris une assistance respiratoire. Toutefois, avant le transport du patient, l'évaluation effectuée à l'aide du défibrillateur a indiqué l'absence d'activité électrique cardiaque. Les manœuvres de RCR ont tout de même été poursuivies tout au long du transport vers l'hôpital et après l'arrivée aux urgences, jusqu'au prononcé du décès à 13 h 03.

Le coroner s'est entretenu avec les personnes chargées d'organiser de tels événements. Ces concours font partie intégrante de nombreuses foires et expositions agricoles du Nouveau-Brunswick et beaucoup d'organisateurs croient qu'on pourrait diminuer l'incidence de l'utilisation de stimulants chez les animaux si on procédait à un dépistage aléatoire avant les compétitions. Les organisateurs ont également indiqué que la mise en place de tels contrôles était rendue difficile du fait qu'ils devaient être effectués par un vétérinaire. Les organisateurs demandent que le coût de ces tests soit couvert par la province afin d'assurer la sécurité du public.

Other Cases of Interest continued

The coroner has made the following recommendations:

1. All such events should be held in an enclosed/fenced area.

2. Access to the enclosed/fenced area should be restricted to the officials conducting the event, the teamsters and helpers. All spectators should be kept outside of the enclosed/fenced area.

3. All horses should be kept within the enclosed/fenced area at all times.

4. All other animals (dogs, etc.) should be prevented from entering the enclosed/fenced area.

In addition:

5. Organizers should limit access to one team at a time in the weighing area and hold the other teams in line until the previous team has been weighed and left the area.

6. Organizers should ensure random testing of the horses to ensure that no stimulants are being used which would cause the horse to be more excitable, difficult to handle and pose a risk to the teamsters, officials and spectators.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le coroner a effectué les recommandations suivantes :

1. Tous les événements de ce genre devraient se tenir dans des enclos ou espaces clôturés.

2. L'accès aux enclos et aux espaces clôturés devrait être réservé aux organisateurs de l'événement, aux conducteurs des attelages et aux aides officiels. L'accès à ces zones devrait être interdit aux spectateurs.

3. Tous les chevaux devraient être gardés à l'intérieur des enclos et espaces clôturés, et ce, en tout temps.

4. L'accès aux enclos et espaces clôturés devrait être interdit à tous les autres animaux (chiens, etc.)

De plus :

5. Les organisateurs de l'événement ne devraient admettre qu'un seul attelage à la fois dans la zone de pesée et demander aux autres attelages de faire la file jusqu'à ce que leur tour arrive et que l'attelage précédent ait quitté les lieux.

6. Les organisateurs de l'événement devraient procéder à un contrôle aléatoire des chevaux afin de s'assurer qu'aucun d'entre eux n'ait reçu de stimulant qui pourrait le rendre plus excitables et plus difficile à maîtriser, et représenter ainsi un risque pour les conducteurs d'attelages, les juges et les spectateurs.

Other Cases of Interest continued

The recommendations were forwarded to the Departments of Tourism & Parks, Agriculture & Aquaculture and Public Safety. They were also forwarded to the N. B. Horse Pullers Association, N. B. Association of Fairs & Exhibitions and the SPCA.

Recommendations:

1. **All such events should be held in an enclosed/fenced area.**

2. **Access to the enclosed/fenced area should be restricted to the officials conducting the event, the teamsters and helpers. All spectators should be kept outside of the enclosed/fenced area.**

3. **All horses should be kept within the enclosed/fenced area at all times.**

4. **All other animals (dogs, etc.) should be prevented from entering the enclosed/fenced area.**

In addition:

5. **Organizers should limit access to one team at a time in the weighing area and hold the other teams in line until the previous team has been weighed and left the area.**

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les recommandations ont été acheminées aux ministères du Tourisme et des Parcs, de l'Agriculture et de l'Aquaculture et de la Sécurité publique. Elles ont aussi été envoyées à l'association de traction chevaline du Nouveau-Brunswick, à l'association des foires et des expositions du Nouveau-Brunswick et à la SPCA.

Recommandations :

1. **Tous les événements de ce genre devraient se tenir dans des enclos ou espaces clôturés.**

2. **L'accès aux enclos et aux espaces clôturés devrait être réservé aux organisateurs de l'événement, aux conducteurs des attelages et aux aides officiels. L'accès à ces zones devrait être interdit aux spectateurs.**

3. **Tous les chevaux devraient être gardés à l'intérieur des enclos et espaces clôturés, et ce, en tout temps.**

4. **L'accès aux enclos et espaces clôturés devrait être interdit à tous les autres animaux (chiens, etc.)**

De plus :

5. **Les organisateurs de l'événement ne devraient admettre qu'un seul attelage à la fois dans la zone de pesée et demander aux autres attelages de faire la file jusqu'à ce que leur tour arrive et que l'attelage précédent ait quitté les lieux.**

Other Cases of Interest continued

6. **Organizers should ensure random testing of the horses to ensure that no stimulants are being used which would cause the horse to be more excitable, difficult to handle and pose a risk to the teamsters, officials and spectators.**

The Minister of Tourism and Parks advised that the Department will review the Festivals and Events Market Readiness Criteria and consider additional safety measures.

The Minister of Agriculture and Aquaculture reported that in 2007, the New Brunswick Horse Pullers Association (NBHPA) approached the Department for assistance in establishing and conducting a randomized drug testing program for horse pulls in New Brunswick. The Department agreed to provide veterinary services to their drug testing initiative. The first event that a departmental veterinarian attended and attempted testing animals was met with resistance from horse owners and as the veterinarian's safety was at risk, no samples were taken. Two other events (Gagetown and Albert County) were successfully tested. The Department is willing, if requested, to continue offering veterinary services to the NBHPA or any other equine association in New Brunswick in support of drug testing programs.

The Board of Directors of the NB Fairs & Exhibitions Association advised that the Association fully supports these recommendations and are enforcing them.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

6. **Les organisateurs de l'événement devraient procéder à un contrôle aléatoire des chevaux afin de s'assurer qu'aucun d'entre eux n'ait reçu de stimulant qui pourrait le rendre plus excitables et plus difficile à maîtriser, et représenter ainsi un risque pour les conducteurs d'attelages, les juges et les spectateurs.**

Le ministre du Tourisme et des Parcs a affirmé que son ministère examinera les critères de commerciabilité des festivals et des événements et étudiera la possibilité d'imposer des mesures de sécurité additionnelles.

Le ministre de l'Agriculture et de l'Aquaculture a indiqué que l'association de traction chevaline du Nouveau-Brunswick lui a demandé en 2007 de l'aider à l'élaborer et à mettre en œuvre un programme de dépistage aléatoire des drogues lors des événements de tire de chevaux dans la province. Le Ministère a accepté de fournir des services vétérinaires dans le cadre de l'initiative de dépistage. Lors de la première activité où le vétérinaire ministériel a tenté de faire le dépistage, il y avait une certaine résistance de la part des propriétaires des chevaux. Aucun échantillon n'a été recueilli, car le vétérinaire estimait que sa sécurité était menacée. Les tests de dépistage ont été faits avec succès lors de deux événements subséquents à Gagetown et dans le comté d'Albert. Le Ministère est prêt à offrir, sur demande, des services vétérinaires relativement aux programmes de dépistage de drogues à l'association de traction chevaline et à toute autre association hippique au Nouveau-Brunswick.

Le Conseil d'administration de l'association des foires et des expositions du Nouveau-Brunswick appuie pleinement ces recommandations et les met en œuvre.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Public Safety advised that the recommendations from this investigation do not fall within the mandate of this Department.

The NB Society for the Prevention of Cruelty to Animals (SPCA) advised that the Society agrees with and supports the recommendations as presented.

A response from the NB Horse Pullers Association was not available at the time of publication.

Inquests and Cases of Interest (2006)

Follow up on Cases of Interest #1

This 62 year old male had a history of multiple myeloma for two years that was refractory to initial treatment. In late February he was taken to the hospital by ambulance and admitted with a diagnosis of pneumonia. He was treated and discharged several days later.

As part of his treatment, he was administered Velcade (Bortezomib) at a higher dose than ordered, in error. The next day, in the early hours, he returned to the emergency room with complaints of shortness of breath and back pain. Treating physicians provided a diagnosis of multiple myeloma, pneumonia, congestive heart failure and septic shock and a number of tests were ordered and treatment provided. When he died, physicians were unaware of the medication error and attributed his death to the underlying condition.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre de la Sécurité publique a indiqué que les recommandations découlant de l'enquête portent sur des domaines qui ne relèvent pas de la compétence de son ministère.

La Société pour la prévention de la cruauté envers les animaux (SPCA) du Nouveau-Brunswick donne son aval aux recommandations telles qu'elles ont été présentées.

Nous attendions toujours une réponse de l'association de traction chevaline du Nouveau-Brunswick au moment de la publication du rapport.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) :

Suivi du cas digne d'intérêt n° 1

Un homme de 62 ans était atteint de myélome multiple depuis deux ans. Le myélome était réfractaire au traitement initial. Durant les semaines précédant son décès, le patient a été amené à l'hôpital en ambulance et admis; un diagnostic de pneumonie a été posé. Le patient a été traité et a reçu son congé quelques jours plus tard.

Le patient a été traité, entre autres, au Velcade (Bortezomib), et on lui a administré par erreur une dose plus élevée que la dose prescrite. Très tôt le lendemain, il est retourné à la salle d'urgence en se plaignant d'essoufflement et de douleurs au dos. Les médecins traitants ont diagnostiqué un myélome multiple, une pneumonie, une insuffisance cardiaque congestive et un choc septique. Ils ont demandé qu'un certain nombre de tests soient effectués. Le patient a été traité en conséquence, puis il est décédé. N'étant pas au courant de l'erreur commise pendant l'administration du médicament, les médecins ont attribué le décès à son état sous-jacent.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

After his death, hospital staff reviewed his file and identified that an error had taken place in medication administration. The coroner ordered an autopsy. Findings identified the cause of death as heart failure due to Velcade (Bortezomib) intoxication.

Reviews of the process confirmed that despite protocols and multiple check points, the error was not detected during treatment.

The coroner has recommended that the circumstances of this case be reviewed with the Institute for Safe Medication Practices (ISMP). The ISMP is an independent national non-profit agency committed to the advancement of medication safety in healthcare settings and works collaboratively with the healthcare community, regulatory agencies and various other agencies to promote safe medication practices. This agency has broad experience on similar cases across the country and their objective review provides an added level of expertise. This review should include a review of the sufficiency of current policies, procedures and protocols in light of the workload. It should also address the need for education and training to promote a patient safety approach to case management.

The case summary and recommendations were forwarded to the Department of Health and to ISMP.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

À l'examen du dossier, le personnel de l'hôpital s'est rendu compte qu'une erreur avait été commise pendant l'administration du médicament. Le coroner a demandé une autopsie, selon laquelle la cause du décès était un arrêt cardiaque dû à une intoxication par Velcade (bortezomib).

Divers examens du processus ont confirmé que malgré les protocoles et le système de vérifications multiples en place, l'erreur n'a pas été détectée pendant le traitement.

Le coroner a recommandé que les circonstances de ce cas soient examinées par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP). L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP) est un organisme canadien indépendant à but non lucratif qui se consacre à la promotion de la sécurité des médicaments dans le domaine des soins de santé et collabore avec la communauté médicale, les organismes de réglementation et diverses autres organisations afin d'encourager les pratiques sécuritaires en matière d'utilisation des médicaments. L'Institut possède une vaste expérience de cas semblables survenus ailleurs au pays et son examen objectif des faits rehausse le niveau de l'expertise consacrée à ce dossier. Il est prévu que cet examen abordera entre autres les politiques, les procédures et les protocoles compte tenu de la charge de travail du personnel, ainsi que le besoin d'offrir des possibilités de perfectionnement professionnel favorisant une gestion de cas axée sur la sécurité des patients.

Le résumé du dossier et les recommandations ont été envoyés au ministère de la Santé et à l'ISMP.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

The Minister of Health advised that the Regional Health Authorities have implemented several process improvements related to medication administration. In addition, modifications are being made to the computer system to improve the handling and administering of medication.

The Minister of Health advised that the Institute for Safe Medication Practices (ISMP) has completed a review on each of the above cases. The Minister further advised that all other Regional Health Authorities have been informed of the specifics of these cases and the availability of ISMP to assist them should it be required.

Follow up on Case #2

This 85 year old female died of acute renal failure secondary to ingesting phosphosoda orally, a medication which was administered in error. She had been seen in the Emergency Room on two prior occasions in late January with similar complaints but not admitted.

On this visit, her abdominal discomfort and intermittent nausea continued. She remained in hospital for a period of four days and was assessed and treated for complaints of intermittent nausea, abdominal pains and constipation. She was placed on a full fluids diet, pending assessment for gastroenterological problems.

After admission, an abdominal series of tests were ordered. There was no evidence of intestinal obstruction although an ultrasound test demonstrated abnormalities in the liver and multiple

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

Le ministre de la Santé a fait savoir que les régies régionales de la santé ont apporté plusieurs améliorations aux méthodes d'administration des médicaments. En outre, des modifications sont apportées au système informatique afin d'améliorer le traitement et l'administration des médicaments.

Le ministre de la Santé a signalé que l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP) a procédé à l'examen de chacun des cas ci-dessus. Le ministre a ajouté que toutes les autres régies régionales de la santé ont été informées des détails de ces cas et de la disponibilité de l'ISMP pour les aider au besoin.

Suivi du cas digne d'intérêt n° 2

Une femme de 85 ans est décédée d'une insuffisance rénale aiguë entraînée par l'ingestion de Phospho-Soda, un médicament qui lui a été administré par erreur. Elle avait été vue à la salle d'urgence à deux reprises à la fin du mois de janvier pour des symptômes semblables, mais n'avait pas été admise.

Lors de la visite en question, elle avait des malaises abdominaux et des nausées sporadiques. Elle est demeurée à l'hôpital pendant quatre jours et a été évaluée. Elle a subi des traitements pour malaises abdominaux, nausées sporadiques et constipation. Elle suivait un régime comprenant uniquement des produits liquides, en attendant de subir une évaluation pour ses problèmes gastroentérologiques.

Après son admission, elle a subi une série d'examens abdominaux, qui n'ont montré aucune trace d'obstruction intestinale, bien qu'un test à l'ultrason ait révélé des anomalies au foie et des

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

lesions. She was scheduled for a CT abdominal scan and was given phosphosoda on the 8th of February rather than gastrografin, in error. She was subsequently given the grastrografin as well. The error was recognized at shift change but not reported.

On the evening of February 8, her condition deteriorated and on February 9, surgery was consulted by the covering physician. She developed complications due to the phosphosoda ingestion, experienced acute renal failure and died the same day.

The CT abdominal scan showed metastatic deposits on the liver, multiple dilated loops of the small bowel indicating a mechanical obstruction and a mass suspicious for intestinal malignancy.

The coroner has recommended that:

1. Charts be placed in a visible manner to show steps to be followed for each routine procedure.

2. Any staff administering any preparation to any patient should re-read the order just immediately prior to administration to ensure accuracy.

3. If a patient starts to deteriorate soon after receiving anything, the nurse should immediately review the chart to ensure accuracy of prep/dose/meds and notify the attending physician for further instructions.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

lésions multiples. Elle devait subir un tomodensitogramme à l'abdomen et on lui a administré du Phospho-Soda par erreur, plutôt que du Gastrografin, le 8 février. On lui a ensuite administré du Grastrografin également. L'erreur a été décelée au moment du changement de quart, mais n'a pas été signalée.

Son état s'est détérioré le 8 février en soirée. Le 9 février, le médecin de service a consulté le personnel chirurgical. Elle a subi des complications dues à l'ingestion de Phospho-Soda, a eu une insuffisance rénale aiguë et est décédée le même jour.

Le tomodensitogramme à l'abdomen a révélé des dépôts métastatiques au foie, une dilatation de nombreuses anses de l'intestin grêle correspondant à une obstruction mécanique, ainsi qu'une masse soupçonnée d'être une malignité intestinale.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Que le dossier du patient soit placé bien en vue de façon à montrer les mesures à suivre pour chaque procédure habituelle.

2. Que les membres du personnel administrant toute forme de médicament à un patient lisent à nouveau l'ordonnance juste avant de l'administrer pour s'assurer qu'il s'agit du bon médicament.

3. Si l'état d'un patient se détériore rapidement après qu'on lui ait administré un médicament, que le personnel infirmier passe immédiatement en revue le dossier pour vérifier l'exactitude de la préparation, de la dose et du médicament, et avise le médecin de service pour savoir quoi faire.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

4. Health Canada alerts on products/drugs should be posted and shared with staff.

It is also recommended that a thorough review of the circumstances in which this death occurred be examined in conjunction with the Institute for the Safe Medication Pratice (ISMP) and a report on the conclusions be made available to the Coroner.

It is recommended that the computer system used to order medications be modified to create an alert when the medication issued does not correspond to the scheduled procedure.

The case summary and recommendations were forwarded to the Department of Health and to ISMP.

Recommendations:

1. **Charts be placed in a visible manner to show steps to be followed for each routine procedure.**

2. **Any staff administering any preparation to any patient should re-read the order just immediately prior to administration to ensure accuracy.**

3. **If a patient starts to deteriorate soon after receiving anything, the nurse should immediately review the chart to ensure accuracy of prep/dose/meds and notify the attending physician for further instructions.**

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

4. Que les avis de Santé Canada publiés au sujet de produits ou de médicaments soient affichés et communiqués aux membres du personnel.

Il est aussi recommandé que les circonstances de ce décès soient examinées minutieusement conjointement avec l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada et qu'un rapport avec conclusions soit mis à la disposition du coroner.

Il est recommandé de modifier le système informatique de façon à créer une alerte qui se déclencherait lorsque le médicament demandé ne correspond pas à la procédure prévue.

Le résumé du dossier et les recommandations ont été envoyés au ministère de la Santé et à l'ISMP.

Recommandations :

1. **Que le dossier du patient soit placé bien en vue de façon à montrer les mesures à suivre pour chaque procédure habituelle.**

2. **Que les membres du personnel administrant toute forme de médicament à un patient lisent à nouveau l'ordonnance juste avant de l'administrer pour s'assurer qu'il s'agit du bon médicament.**

3. **Si l'état d'un patient se détériore rapidement après qu'on lui ait administré un médicament, que le personnel infirmier passe immédiatement en revue le dossier pour vérifier l'exactitude de la préparation, de la dose et du médicament, et avise le médecin de service pour savoir quoi faire.**

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

4. **Health Canada alerts on products/drugs should be posted and shared with staff.**

It is also recommended that a thorough review of the circumstances in which this death occurred be examined in conjunction with the Institute for the Safe Medication Pratice (ISMP) and a report on the conclusions be made available to the Coroner.

It is recommended that the computer system used to order medications be modified to create an alert when the medication issued does not correspond to the scheduled procedure.

The Minister of Health advised that the Regional Health Authorities have implemented several process improvements related to medication administration. In addition, modifications are being made to the computer system to improve the handling and administering of medication.

The Minister of Health advised that the Institute for Safe Medication Practices (ISMP) has completed a review on each of the above cases. The Minister further advised that all other Regional Health Authorities have been informed of the specifics of these cases and the availability of ISMP to assist them should it be required.

Follow up on Lillian Mullin Inquest

A coroner's inquest was held from November 30-December 8, 2006, into the death of this 78 year old female who died on February 15, 2005. Mrs. Mullin had lived independently, with assistance from family members. She had a history of health problems including Chronic Obstructive Pulmonary

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

4. **Que les avis de Santé Canada publiés au sujet de produits ou de médicaments soient affichés et communiqués aux membres du personnel.**

Il est recommandé de modifier le système informatique de façon à créer une alerte qui se déclencherait lorsque le médicament demandé ne correspond pas à

Il est recommandé de modifier le système informatique de façon à créer une alerte qui se déclencherait lorsque le médicament demandé ne correspond pas à la procédure prévue.

Le ministre de la Santé a fait savoir que les régies régionales de la santé ont apporté plusieurs améliorations aux méthodes d'administration des médicaments. En outre, des modifications sont apportées au système informatique afin d'améliorer le traitement et l'administration des médicaments.

Le ministre de la Santé a signalé que l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP) a procédé à l'examen de chacun des cas ci-dessus. Le ministre a ajouté que toutes les autres régies régionales de la santé ont été informées des détails de ces cas et de la disponibilité de l'ISMP pour les aider au besoin.

Suivi de l'enquête publique concernant le décès de Lilian Mullin

Une enquête du coroner a été tenue du 30 novembre au 8 décembre 2006 relativement au décès de cette femme le 15 février 2005 à l'âge de 78 ans. Elle vivait seule, mais recevait de l'aide de membres de sa famille. Elle éprouvait des problèmes de santé, dont maladie pulmonaire obstructive chronique,

Disease (COPD), congestive heart failure, chronic renal failure, atrial fibrillation and was chronically anemic and oxygen dependent. She had regular visits with her family doctor since early 2004 and by late 2004 was being treated with antibiotics for ulcerated feet. During this period, she also received home care through the Extra-mural program, primarily for respiratory therapy.

insuffisance cardiaque congestive, insuffisance rénale chronique et fibrillation auriculaire. Elle souffrait également d'anémie chronique et était dépendante de l'oxygène. Elle visitait régulièrement son médecin de famille depuis le début de 2004 et vers la fin de cette année, elle suivait un traitement d'antibiotiques pour des ulcérations aux pieds. Au cours de cette période, elle recevait des soins à la maison fournis par le personnel du Programme extra-mural, principalement une thérapie respiratoire.

On December 7, 2004, Mrs. Mullin presented to hospital emergency department with sudden onset of abdominal pain, vomiting and diarrhea. Her vital signs revealed that she was tachypneic and tachycardic but she was assessed and discharged without further investigations. On February 13, 2005, she reported to the hospital emergency department because of frequent diarrhea for a five day period and abdominal pain. On this occasion, her vital signs were normal but she reported pain of 9-10 on a scale of 1-10. She was assessed and discharged without further investigations. She returned the following day and died shortly after arrival.

Le 7 décembre 2004, elle s'est présentée au service des urgences de l'hôpital à la suite d'une apparition soudaine de douleurs abdominales, de vomissements et de diarrhée. Un examen de ses signes vitaux a permis de constater qu'elle souffrait de tachypnée et de tachycardie, mais elle a reçu son congé après avoir été évaluée sans subir d'autres examens. Elle s'est présentée à nouveau au service des urgences de l'hôpital le 13 février 2005, signalant qu'elle avait la diarrhée et des douleurs abdominales fréquemment depuis cinq jours. Cette fois-ci, ses signes vitaux étaient normaux et elle a évalué ses douleurs à 9 sur une échelle de 1 à 10. Elle a été évaluée et a reçu son congé sans subir d'autres examens. Elle est retournée à l'hôpital le lendemain et est décédée peu de temps après son arrivée sur les lieux.

The complete medical history on this case was reviewed during the course of the coroner's investigation by a committee of experts on geriatric/long-term care. The expert reviewer provided testimony at the inquest on their case review. He testified that after their analysis of the hospital record, the committee was satisfied that the record of care reflected sound practice and conclusions. However, there were two hospital visits of significance in the months prior to her death that raised issues of concern and the potential for recommendations.

Dans le cadre de l'enquête du coroner, un comité d'experts en soins gériatriques et de longue durée a examiné l'ensemble de ses antécédents médicaux. L'expert examinateur a témoigné sur son étude du dossier à l'enquête. Il a déclaré que le comité avait examiné les dossiers d'hôpital et était convaincu que la documentation sur les soins fournis fait état de pratiques et de conclusions valables. Cependant, deux importantes visites à l'hôpital dans les mois précédant son décès ont soulevé des préoccupations qui pourraient donner suite à des recommandations.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

Testimony at the inquest dealt with the initial diagnosis, the decisions to release her without investigations, the significance of the antibiotic therapy given her problems with diarrhea, the fact that the Emergency Room had declared a Code Orange due to overcrowding, staffing shortages, communication between the extra-mural staff and the family doctor and the authority of the extra-mural staff to admit patients. A significant area of interest was whether an ischemic bowel or Clostridium difficile-associated diarrhea (an intestinal bacterial infection) caused the death, since an infection might have responded to drug treatment. The autopsy protocol in use at the time did not provide for taking a stool sample, which was later identified as essential in establishing the source of the infection.

After hearing expert testimony, the jury concluded that the death could be attributed to ischemic bowel due to hypotension, due to dehydration and sepsis, due to diarrhea, etiology unknown. Although there were other significant conditions which contributed to the death, they were not causally related. These included renal failure, coronary artery disease, peripheral vascular disease, oxygen and steroid dependent obstructive pulmonary disease, obesity and hypertension. The manner of death was classified as a natural death.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

Les témoignages à l'enquête portaient sur le diagnostic initial, les décisions de lui donner son congé sans lui faire subir d'autres examens, les répercussions du traitement aux antibiotiques compte tenu de ses problèmes de diarrhée, le fait que le service des urgences avait déclaré un code orange en raison du nombre élevé de patients, la pénurie de personnel, la communication entre le personnel du Programme extra-mural et le médecin de famille, ainsi que l'autorité du personnel du Programme extra-mural d'admettre des patients. Une question a particulièrement attiré l'attention du comité, qui se demandait si une ischémie intestinale ou une diarrhée associée au Clostridium difficile (infection bactérienne intestinale) avait causé sa mort, puisqu'un traitement aux médicaments aurait pu entraîner une infection. Le protocole qui était alors en vigueur pour les autopsies n'exigeait pas la prise d'un échantillon de selles, ce qui a plus tard été déterminé comme étant une procédure essentielle pour déterminer la source d'une infection.

Après avoir entendu le témoignage d'experts, le jury a conclu que le décès était attribuable à une ischémie intestinale des suites d'hypotension artérielle, de déshydratation et d'une septicémie, et de diarrhée, dont l'étiologie est inconnue. Bien que d'autres facteurs importants aient contribué à son décès, ils n'en n'étaient pas la cause. Ces facteurs comprennent insuffisance rénale, coronaropathie, maladie vasculaire périphérique, maladie pulmonaire chronique traitée à l'oxygène et aux stéroïdes, obésité et hypertension artérielle. Il a été déterminé que la dame était décédée de causes naturelles.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

The jury made five recommendations regarding actions taken by the Atlantic Sciences Health Corporation (AHSC), actions recommended by the Ontario Geriatric/Long Term Care Review Committee, autopsy policy and services in the Emergency Room. The recommendations made by the AHSC were adopted in their entirety and are listed as 1.1-1.14. The recommendations from the Geriatric/Long Term Care Review Committee are listed as 1.15-1.18. The jury adopted recommendations from experts on autopsy policy (2.1-2.4) and services in the Emergency Room (3.1-3.2). For ease of reference, the jury's recommendations are cited first, followed by the recommendations, and supporting rationale, as submitted by experts during testimony.

Recommendations of the Jury:

1. We, the jurors, accept all recommendations of Atlantic Health Sciences Corporation (AHSC) and the Ontario Geriatric/Longterm Care Review Committee. We the jury feel that number 12 of the recommendation list should be the first priority "Expansion of Emergency Department".

2. We, the jury, accept the recommendations regarding Autopsies.

3. We, the jury, accept the recommendations regarding the Emergency Room, with the exception that the time limit be kept at 30 minutes, as 15 minutes is not long enough (regarding standard response time to a STAT request).

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

Le jury a formulé cinq recommandations concernant les mesures prises par la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (CSSA), les mesures prises par le comité d'examen des soins gériatriques et à long terme de l'Ontario, ainsi que la marche à suivre pour les autopsies et les services aux urgences. Toutes les recommandations formulées par la CSSA ont été adoptées sans réserve et sont numérotées de 1.1 à 1.14. Les recommandations du comité d'examen des soins gériatriques et à long terme sont numérotées de 1.15 à 1.18. Le jury a adopté les recommandations formulées par des experts sur la marche à suivre en matière d'autopsies (de 2.1 à 2.4) et sur les services aux urgences (3.1 et 3.2). Pour qu'il soit plus facile de s'y référer, les recommandations du jury ont été placées en premier, suivies des recommandations et des justifications présentées par les experts durant leur témoignage.

Recommandations du jury :

1. Nous, les jurés, acceptons toutes les recommandations de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (CSSA) et du Geriatric/Longterm Care Review Committee de l'Ontario. Nous, les jurés, considérons que la recommandation numéro 12 sur l'« agrandissement du service d'urgence » devrait être considérée comme la première priorité.

2. Nous, les jurés, acceptons les recommandations relativement aux autopsies.

3. Nous, les membres du jury, acceptons les recommandations portant sur les services aux urgences, sauf pour le délai de réponse standard à une demande d'analyse d'urgence, qui doit demeurer à 30 minutes, car un délai de 15 minutes n'est pas suffisant.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

Recruitment and Retention of Doctoral Staff in every area

4. We, the jury, would also like to recommend a long term plan to implement provincially funded nursing homes and long term care facilities with the absolute knowledge of our aging and diverse population.

5. We, the jury, would also like to recommend recruitment and retention of doctoral staff in every area.

Recommendations (AHSC) – Jury Recommendation #1

AHSC 1.1 That the Extra-Mural nursing program for the Province of New Brunswick develop and implement a self-education module on Clostridium difficile-associated diarrhea for its staff.

Issue/Rationale: The prevalence of this infection, its mode of transmission, signs and symptoms and its potential lethality should be communicated to frontline health care providers.

AHSC 1.2 That the Extra-Mural nursing program for the Province of New Brunswick develop and implement a self-education module on the parameters of normal and abnormal vital signs for its staff.

AHSC 1.3 That the Physician-Liaison to the Extra-Mural nursing program develop a medical directive regarding the timely disposition of patients with abnormal vital signs.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

Recrutement et maintien en poste du personnel médical dans chaque domaine

4. Nous, les jurés, souhaitons également recommander un plan à long terme pour la mise en place des foyers de soins et d'établissements de soins de longue durée financés par le gouvernement provincial puisqu'il est certain que notre population vieillit et se diversifie.

5. Nous, les jurés, aimerions également recommander le recrutement et le maintien en poste du personnel médical dans chaque domaine.

Recommandations (CSSA) –Recommandation n° 1 du jury

CSSA 1.1 Que le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick élabore et mette en œuvre à l'intention de son personnel un module d'apprentissage autonome sur la diarrhée associée au *Colostridium difficile*.

Enjeu/justification. La fréquence de cette infection, son mode de transmission, ses signes et symptômes et sa létalité potentielle devraient être expliqués aux fournisseurs de soins de santé de première ligne.

CSSA 1.2 Que le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick élabore et mette en place à l'intention de son personnel un module d'apprentissage autonome sur les paramètres des signes vitaux normaux et anormaux.

CSSA 1.3 Que le médecin responsable de la liaison avec le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural élabore une directive médicale concernant les mesures à prendre dans des délais raisonnables pour les clients dont les signes vitaux sont anormaux.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

Issue/Rationale: Mrs. Mullin was examined and found to have markedly abnormal vital signs at 1000 hours on February 14, 2005. Efforts were made to communicate them to the family physician. Parameters that suggest the immediate need for intensive patient monitoring have been developed [Guidelines for ICU Admission, Discharge and Triage, Critical Care Med 1999 Mar 27(3) 633-638]. A medical directive allowing the nurse to send Ms. Mullin directly to hospital would have expedited her care.

AHSC 1.4 That the Chief of Emergency Medicine at the Regional Hospital conduct multi-disciplinary educational rounds on the management of abdominal pain focusing on differential diagnosis of patients and appropriate laboratory investigations of patients based on age.

AHSC 1.5 The need of a consistent, reliable method of communication between the Extra-Mural Hospital and physician.

AHSC 1.6 That Extra-Mural Hospital staff are made aware of processes in place to alert physicians about priority calls, eg physician cell phone numbers, Community Health Centre process for urgent calls and Emergency Department triplicate form used with Extra-Mural Hospital referrals and locating.

AHSC 1.7 That the Emergency Department provide a transfer back note from the Emergency Department to the Extra-Mural Hospital when it is determined that the patient is an Extra-Mural Hospital patient.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

Enjeu/justification : M^{me} Mullin a été examinée le 14 février 2005 à 10 heures. On a constaté que ses signes vitaux étaient manifestement anormaux. Des efforts ont été faits pour transmettre ces renseignements au médecin de famille. Des paramètres qui indiquent le besoin immédiat de surveillance intensive d'un client ont été élaborés. [*Guidelines for ICU Admission, Discharge and Triage,* Critical Care Med. 1999, March; 27(3): 633-638]. Une directive médicale autorisant le personnel infirmier à orienter M^{me} Mullin directement vers l'hôpital aurait accéléré la prestation des soins.

CSSA 1.4 Que le chef de médecine d'urgence de l'hôpital régional effectue des tournées de formation multidisciplinaire sur la gestion de la douleur abdominale en mettant l'accent sur un diagnostic différentiel et des analyses de laboratoire appropriées selon l'âge du client.

CSSA 1.5 Que l'on établisse une méthode de communication cohérente et fiable entre l'Hôpital extra-mural et le médecin.

CSSA 1.6 Que le personnel de l'Hôpital extra-mural soit renseigné sur les processus en place pour alerter les médecins au sujet des appels prioritaires, par exemple les numéros de téléphone cellulaire des médecins, le processus du Centre de santé communautaire pour les appels urgents et le formulaire en trois exemplaires du service d'urgence employé pour orienter des patients à l'Hôpital extra-mural et le système de localisation de médecin.

AHSC 1.7 Que le service d'urgence fournisse une note indiquant que le client à été retourné du service d'urgence à l'Hôpital extra-mural lorsqu'il est déterminé que le cas doit être traité par ce dernier.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

Issue/Rationale: Currently, the Extra-Mural Hospital does not receive information from AHSC when an Extra-Mural Hospital patient goes to the Emergency Department but the family physician does. The Extra-Mural Hospital can send liaison to Emergency Department to get the chart, but only if they are aware.

AHSC 1.8 Appropriate dissemination of information provided by the Extra-Mural Hospital to the Emergency Department.

Issue/Rationale: While the Extra-Mural Hospital RN was urging Mrs. Mullin to go to the Emergency Department, she had also called a secretary in ER as an advance heads-up. There is no indication in the ER chart that any discussion was held - assumption is made that nothing was relayed to the ER physician with respect to the changes in her condition.

AHSC 1.9 Full integration of charts as soon as possible. Ultimately, regardless of what piece of the chart you access, it should be one record and the appropriate access should be given.

Issue/Rationale: Currently, 65% of health records is electronic and the balance is either handwritten or dictated notes. Clinic records are separate and kept in respective clinics. The Emergency Department is paper based, separate and kept within the Emergency Department. Extra-Mural Hospital is paper based (with the exception of Sussex, which is wireless and remote), separate and kept within the Extra-Mural Hospital. The last three years of records are kept in the Emergency Department. Sussex Extra-Mural Hospital is keeping charts on

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

Enjeu/justification. Actuellement, l'Hôpital extra-mural n'est pas informé par la CSSA lorsqu'un de ses clients se rend au service d'urgence, mais le médecin de famille l'est. L'Hôpital extra-mural peut envoyer la personne responsable de la liaison avec le service d'urgence pour obtenir le dossier, mais il doit d'abord être informé de la situation.

CSSA 1.8 Que les renseignements fournis par l'Hôpital extra-mural soient diffusés au service d'urgence comme il se doit.

Enjeu/justification. L'infirmière de l'Hôpital extra-mural a incité M^{me} Mullin à se rendre au service d'urgence et elle a également appelé une secrétaire du service d'urgence pour l'informer de l'arrivée de la cliente. Rien n'indique un tel échange au dossier de l'urgence. On suppose que l'information concernant les modifications de l'état de la cliente n'a pas été transmise au médecin de l'urgence.

CSSA 1.9 Que l'intégration des dossiers soit complétée le plus rapidement possible. En bout de ligne, quelle que soit la partie du dossier consultée, il devrait y avoir un seul dossier pour lequel il faudrait obtenir l'accès approprié.

Enjeu/justification : À l'heure actuelle, 65 p. 100 des dossiers médicaux sont sur support électronique; le reste est consigné par écrit ou au dictaphone. Les dossiers des cliniques sont conservés séparément par chaque clinique. Les dossiers du service des urgences sont sur papier et conservés à l'unité des urgences. Les dossiers du Programme extra-mural sont conservés sur papier, séparément et à l'interne (sauf à Sussex, où les dossiers sont électroniques et accessibles à distance au moyen d'appareils sans fil). Les dossiers des trois

line but they cannot yet connect to SJRH. Note: The Saint John Regional Hospital was the first computerized hospital in Canada, but they are now using obsolete technology. Currently, and since approximately July 2006 the Extra-mural staff is able to access blood reports.

AHCS 1.10 Development of an electronic system for management of Emergency Department referrals and responses.

Issue/Rationale: Emergency Department referrals can be from any physician, the Community Health Centre, Public Health, Mental Health, Extra Mural. Information maybe written in book and taken to triage nurse so when patient arrives they can be appropriately directed, for e.g.. to Heart Centre -- sometimes the patient arrives without speaking to a doctor - sometimes an urgent referral is called in but the patient doesn't arrive. A system is required for better management of referrals.

AHCS 1.11 Development of a doctor on-call schedule whereby an additional Emergency Department physician can be called for assistance when Code Orange status is escalating.

AHCS 1.12 The Emergency Department must be expanded to accommodate current and future patient populations.

Issue/Rationale: They see 60,-63,000 patients per year in a space which was designed for 20,-25,000.

dernières années sont conservés au service des urgences. À Sussex, le Programme extra-mural conserve des dossiers en ligne mais n'a pas d'interface avec l'Hôpital régional de Saint John. Remarque : L'Hôpital régional de Saint John a été le premier établissement hospitalier du pays à informatiser ses dossiers, mais la technologie qui y est utilisée est maintenant désuète. Le personnel du Programme extra-mural a accès aux rapports d'analyse sanguine depuis juillet 2006 environ.

CSSA 1.10 Qu'un système électronique soit élaboré pour la gestion des cas orientés vers le service d'urgence et des mesures prises par celui-ci.

Enjeu/justification. Les cas peuvent être orientés vers le service d'urgence par n'importe quel médecin, le Centre de santé communautaire, la Santé publique, la Santé mentale ou le Programme extra-mural. Des renseignements peuvent être écrits dans un registre et apportés à l'infirmière de triage afin que le client puisse être orienté convenablement à son arrivée, par exemple vers le Centre cardiaque. Parfois un client se présente sans avoir parlé à un médecin. D'autres fois, un client ayant un problème urgent est appelé mais il ne se présente pas. Il faut un système pour mieux gérer les cas orientés vers le service d'urgence.

CSSA 1.11 Qu'un horaire sur appel soit élaboré pour les médecins afin de permettre à un autre médecin du service d'urgence d'être appelé pour aider ses collègues en cas de Code orange, si la situation s'aggrave.

CSSA 1.12 Que le service d'urgence soit agrandi afin de répondre aux besoins de la clientèle actuelle et à venir.

Enjeu/justification : Le service d'urgence reçoit de 60 000 à 63 000 clients par année dans un espace prévu pour en recevoir entre 20 000 et 25 000.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

AHCS 1.13 Determination of nursing workload and staffing levels in Emergency Departments on a priority basis and the development and implementation of Emergency Department nursing workload and staffing standards.

AHSC 1.14 Comprehensive questionnaire should be completed by physician and/or Coroner prior to requesting autopsy with clear indication of the issues, questions, concerns to be addressed during post mortem, and accompany remains to morgue.

Recommendations from the Ontario Geriatric/Long Term Care Review Committee (page 19):

1.15 That the Extra-Mural nursing program for the Province of New Brunswick develops and implements a self-education module on Clostridium difficile-associated diarrhea for its staff.

Rationale:

The prevalence of this infection, its mode of transmission, signs and symptoms and its potential lethality should be communicated to frontline health care providers.

1.16 That the Extra-Mural nursing program for the Province of New Brunswick develops and implements a self-education module on the parameters of normal and abnormal vital signs for its staff.

1.17 That the Physician-Liaison to the Extra-Mural nursing program develops a medical directive regarding the timely disposition of patients with abnormal vital signs.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

CSSA 1.13 Que la charge de travail et le niveau de dotation du personnel infirmier du service d'urgence soient déterminés de manière prioritaire et que des normes à cet effet soient établies et mises en application.

CSSA 1.14 Avant de demander une autopsie, le médecin ou le coroner devrait remplir un questionnaire complet précisant clairement les points, les questions et les préoccupations à considérer au cours de l'autopsie; ce formulaire devrait être envoyé à la morgue avec le corps.

Recommandations du Geriatric/Long Term Care Review Committee de l'Ontario (page 19) :

1.15 Que le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick élabore et mette en œuvre à l'intention de son personnel un module d'apprentissage autonome sur la diarrhée associée au *Clostridium difficile*.

Justification

La fréquence de cette infection, son mode de transmission, ses signes et symptômes et sa létalité potentielle devraient être expliqués aux fournisseurs de soins de santé de première ligne.

1.16 Que le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick élabore et mette en place à l'intention de son personnel un module d'apprentissage autonome sur les paramètres des signes vitaux normaux et anormaux.

1.17 Que le médecin responsable de la liaison avec le programme de soins infirmiers du Programme extra-mural élabore une directive médicale concernant les mesures à prendre dans des délais raisonnables pour les clients dont les signes vitaux sont anormaux.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

Rationale:

Mrs. Mullin was examined and found to have markedly abnormal vital signs at 10:00 hours on February 14, 2005. Efforts were made to communicate them to the family physician. Parameters that suggest the immediate need for intensive patient monitoring have been developed. [*Guidelines for ICU Admission, Discharge and Triage,* Critical Care Med 1999, Mar; 27(3): 633-638]. A medical directive allowing the nurse to send Mrs. Mullin directly to hospital would have expedited her care.

1.18 That the Chief of Emergency Medicine at the regional hospital conducts multi-disciplinary educational rounds on the management of abdominal pain focusing on differential diagnosis of patients and appropriate laboratory investigations of patients based on age.

Recommendations regarding autopsies (See Jury Recommendation #2)

2.1 That for all in-hospital deaths (i.e. for both coroner cases and for non-coroner cases) a "Post Mortem Examination Consultation Request" be completed by a physician in order to provide the pathologist with a brief pertinent clinical history of the deceased, a clinical diagnosis and a clear indication of the issues/questions/concerns to be addressed by the post mortem examination.

2.2 That for in-hospital deaths reported to a coroner, the investigating coroner record on the "Authorization of Coroner for Post-Mortem Examination and Toxicological Analyses" a brief pertinent clinical history of the deceased, a clinical diagnosis and a clear indication of the

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

Justification

M^me^ Mullin a été examinée le 14 février 2005 à 10 heures. On a constaté que ses signes vitaux étaient manifestement anormaux. Des efforts ont été faits pour transmettre ces renseignements au médecin de famille. Des paramètres qui indiquent le besoin immédiat de surveillance intensive d'un client ont été élaborés. [*Guidelines for ICU Admission, Discharge and Triage,* Critical Care Med. 1999, March; 27(3): 633-638]. Une directive médicale autorisant le personnel infirmier à orienter M^me^ Mullin directement vers l'hôpital aurait accéléré la prestation des soins.

1.18 Que le chef de médecine d'urgence de l'hôpital régional effectue des tournées de formation multidisciplinaire sur la gestion de la douleur abdominale en mettant l'accent sur un diagnostic différentiel et des analyses de laboratoire appropriées selon l'âge du client.

Recommandations concernant les autopsies (voir la recommandation n^o^ 2 du jury)

2.1 Que pour tous les décès survenus dans les hôpitaux (tant pour les dossiers du coroner que pour les dossiers hors de sa compétence), une demande de consultation posthume soit remplie par un médecin afin de fournir au pathologiste un sommaire des antécédents cliniques pertinents de la personne décédée et un diagnostic clinique, et afin de lui indiquer clairement les questions, préoccupations et problèmes auxquels devrait répondre l'autopsie.

2.2 Que pour les décès survenus dans les hôpitaux et signalés à un coroner, le coroner responsable de l'enquête inscrive, sur l'*Autorisation du coroner pour un examen post mortem et des analyses toxicologiques*, un sommaire des antécédents cliniques pertinents de la personne

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

issues/questions/concerns to be addressed by the post mortem examination, or attach a copy of a physician's "Post Mortem Examination Consultation Request."

2.3 That the pathologist review the chart of the deceased before performing the post-mortem examination.

2.4 That the remains of the deceased be retained by the morgue after the post-mortem examination for sufficient time to permit the pathologist to conclude with reasonable certainty that further examination will not be necessary.

Recommendations regarding the Emergency Room (See Jury Recommendation #3)

3.1 That in order to relieve pressure on the ER and make better use of the available ER space and resources, the ER should not be caring for in-patients. *(Dr Vaillancourt)*

3.2 That the standard for response time to a "STAT" request by an ER physician for a surgical consultation be within 30 minutes or less, in both medical and trauma cases. *(Dr Case)*

The recommendations were sent to the Minister of Health and to the Atlantic Health Sciences Corporation for review and consideration. Recently, a copy of the case circumstances and recommendations was also sent to the Minister of Social Development to address Recommendation #4 on a long term plan for provincially funded long-term care facilities. The Minister of Health has confirmed that appropriate policies and procedures

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

décédée et un diagnostic clinique, et qu'il indique clairement les questions, préoccupations et problèmes auxquels devrait répondre l'autopsie, ou qu'il joigne une copie de la demande d'autopsie remplie par un médecin.

2.3 Que le pathologiste examine le dossier de la personne décédée avant d'effectuer l'autopsie.

2.4 Que la dépouille mortelle soit conservée à la morgue après l'autopsie suffisamment longtemps pour permettre au pathologiste de conclure avec une certitude raisonnable qu'aucun autre examen ne sera nécessaire.

Recommandations concernant les services à l'urgence (voir la recommandation n° 3 du jury)

3.1 Qu'afin de soulager la pression exercée sur le service d'urgence et de mieux utiliser l'espace et les ressources disponibles, on évite de traiter les patients hospitalisés. *(Dr Vaillancourt)*

3.2 Que la norme pour une réponse à une demande « urgente » de consultation chirurgicale provenant d'un médecin du service d'urgence soit de 30 minutes ou moins, dans les cas tant médicaux que de traumatismes. *(Dr Case)*

Les recommandations ont été transmises au ministre de la Santé et à la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (CSSA) afin qu'elles soient examinées et prises en considération. Récemment, une copie des détails du dossier et des recommandations formulées a également été envoyée au ministre du Développement social afin qu'il donne suite à la recommandation n° 4 sur l'élaboration d'un plan à long terme pour les

are in place with the Extra-Mural Program. The Minister of Health also confirmed that the case circumstances and recommendations have been forwarded to all Regional Health Authorities for their review and consideration.

The Department of Social Development advised that the case summary and recommendations were forwarded to the New Brunswick Association of Nursing Homes, Clinical Care Working Group.

The Director of Nursing Home Services advised that this group is comprised of the nursing home sector, specifically, Directors of Nursing from the eight regions of Social Development. Their role is to develop guidelines on clinical care issues that concern all nursing homes. An employee from Nursing Home Services is a member of the committee. They will be able to develop a guideline to inform all nursing homes regarding the educational needs of front line staff on C-difficile.

Follow up on Kyle Debow Inquest

A coroner's inquest was held from June 26-29, 2006 in Moncton, New Brunswick into the death of Kyle Debow. A 12 year old boy, who had only recently learned to swim, he was visiting the Magic Mountain Water Park near Moncton on August 7,

établissements de soins de longue durée financés par le gouvernement provincial. Le ministre de la Santé a confirmé que le Programme extra-mural était doté de directives et de modalités adéquates. Le ministre de la Santé a également confirmé que les renseignements concernant les circonstances du cas, de même que les recommandations, ont été acheminés à toutes les régies régionales de la santé afin qu'elle les examinent et les prennent en considération.

Le ministère du Développement social a signalé que le résumé du cas et les recommandations ont été transmis au groupe de travail sur les soins cliniques de l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick.

Le directeur des Services des foyers de soins a signalé que ce groupe est composé de représentants du secteur des foyers de soins, plus particulièrement des directeurs des soins infirmiers des huit régions couvertes par le ministère du Développement social. Leur rôle est d'élaborer des lignes directrices sur les problèmes liés aux soins cliniques qui concernent tous les foyers de soins. Un employé des Services des foyers de soins est membre du comité. Ce dernier sera en mesure d'élaborer des lignes directrices pour informer tous les foyers de soins au sujet des besoins en éducation du personnel de première ligne sur la bactérie C. difficile.

Suivi de l'enquête publique concernant le décès de Kyle Debow

Une enquête du coroner a été tenue du 26 au 29 juin 2006 à Moncton, au Nouveau-Brunswick, relativement au décès de Kyle Debow. Ce garçon de 12 ans, qui avait récemment appris à nager, se trouvait au parc aquatique Magic Mountain près de

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

2005. He was wearing a face-mask and playing in the wave pool accompanied by an 11 year old friend while his mother and other family members were visiting other areas of the park. At some point, he became separated from his friend for an undetermined period of time and was subsequently observed face-down and unresponsive in the water by another pool patron. The patron signalled for assistance and helped remove the boy from the water.

Lifeguard staff commenced emergency procedures including CPR, and 911 was alerted. The Moncton Fire Department and Emergency Medical Technicians (EMTs) responded accordingly and provided first responder and emergency care. The boy was transported to the Moncton Hospital where resuscitation efforts continued. He was admitted to the Intensive Care Unit where he died later that evening. The cause of death was determined to be drowning.

Witnesses to the events at Magic Mountain included two nurses and an anaesthetist who all offered their assistance while the lifeguards were performing CPR. The offers of assistance were declined by the lifeguard staff.

Issues that emerged in this case included an examination of the role of face masks in delaying the detection of an unresponsive pool patron, the involvement of health care personnel who are by-standers during an emergency response, and the ongoing importance of water safety education and learn to swim programs.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

Moncton le 7 août 2005. Il portait un masque de plongée et jouait dans la piscine à vagues accompagné d'un ami de 11 ans, alors que sa mère et d'autres membres de sa famille se trouvaient ailleurs dans le parc. À un moment donné, lui et son ami ont été séparés pendant un certain temps et il a été trouvé inerte dans l'eau, sur le ventre, par un autre client du parc aquatique. Le client a demandé de l'assistance et l'a retiré de l'eau avec l'aide d'autres personnes.

Les sauveteurs ont entamé les mesures d'urgence, incluant la réanimation cardio-respiratoire et l'appel au service d'urgence 911. Le personnel du Service d'incendie de Moncton et des techniciens ambulanciers ont été dépêchés sur les lieux et ont fourni des soins d'intervention immédiate et d'urgence. L'adolescent a été transporté à l'hôpital de Moncton, où l'on a poursuivi les tentatives de réanimation. Il a été admis à l'unité des soins intensifs, où il est décédé plus tard en soirée. Il a été déterminé qu'il est décédé des suites d'une noyade.

Deux infirmières et un anesthésiste se trouvaient parmi les témoins qui ont assisté aux événements tragiques survenus au parc aquatique Magic Mountain. Ils ont offert leur aide aux sauveteurs effectuant les manœuvres de RCR, mais ces derniers ont refusé.

Ce cas a soulevé un certain nombre de questions, notamment : la possibilité que le repérage d'un baigneur inanimé soit retardé si ce dernier porte un masque de plongée; le rôle de professionnels du domaine de la santé lorsqu'ils sont témoins d'une situation d'urgence; et l'importance des cours de natation et de l'éducation en matière de sécurité nautique.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

Recommendations of the jury:

1. That the Lifesaving Society's "Pool and Waterfront Guidelines for the Province of New Brunswick" become legislated standards for the Province of New Brunswick.

2. More standards specific to wave pools be included in the "Pool and Waterfront Guidelines for the Province of New Brunswick"

3. That recreational aquatic face masks be banned from all public aquatic facilities within the Province of N. B., except for when taking scuba diving lessons. Furthermore, that the Lifesaving Society add this to the "Pool and Waterfront Guidelines for the Province of New Brunswick".

4. The Province of New Brunswick become more involved in promoting water safety in the Province by working hand in hand with Lifesaving Society.

5. As part of the N. B. education program, we recommend that the "Swim to Survive" program be implemented into the school curriculum as soon as possible. We further recommend upgrading the curriculum to include the "Learn to Swim" program.

6. All public aquatic facilities have a crisis management plan implemented specific to that aquatic facility.

7. Duration of a lifeguard's shift be no longer than 8 hours.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

Recommandations du jury :

1. Les principes directeurs de la Société de sauvetage concernant les piscines et les plages du Nouveau-Brunswick devraient devenir des normes ayant force de loi au Nouveau-Brunswick.

2. Davantage de normes au sujet des piscines à vagues devraient être intégrées aux principes directeurs concernant les piscines et les plages du Nouveau-Brunswick.

3. Les masques de plongée devraient être interdits dans tous les parcs aquatiques du Nouveau-Brunswick, sauf pour les cours de plongée autonome, et la Société de sauvetage devrait ajouter ce règlement aux principes directeurs concernant les piscines et les plages du Nouveau-Brunswick.

4. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick devrait contribuer davantage à favoriser la sécurité aquatique dans la province en collaborant avec la Société de sauvetage.

5. Le cours de base *Nager pour survivre* devrait être intégré au programme d'éducation du Nouveau-Brunswick dès que possible; de plus, un programme de cours de natation devrait aussi être inclus au programme scolaire et offert dans les écoles.

6. Tout parc aquatique public devrait avoir un plan de gestion des situations d'urgence conçu spécialement pour le parc en question.

7. Un sauveteur ne devrait pas travailler plus de huit heures par jour.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

8. Unannounced/unscheduled spot checks done on all lifeguards by a lifeguard supervisor and/or a National Lifeguard Service (NLS) trainer during regular operational duties.

9. Lifeguards working at Magic Mountain and all other waterpark facilities within N. B. have their NLS designation as well as "pool" and "waterpark" training. Lifeguards working at the wave pool have "surf" training as well.

10. Lifeguard station designated numbers for the wave pool at Magic Mountain should remain the same whether waves are on or off (i.e. wave 1 chair is always W1 chair).

11. Better education and signage to inform the patrons on water safety issues and usage of Personal Flotation Devices (PFDs).

12. All public aquatic facilities, as part of their ongoing lifeguard training, integrate firefighters and Emergency Medical Technicians (EMTs).

13. Implement a third rotation for first aid station duties only at Magic Mountain Waterpark.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

8. Des vérifications ponctuelles, imprévues et non planifiées du travail de chaque sauveteur devraient être faites par un superviseur ou par un instructeur de la Société de sauvetage pendant les heures de travail habituelles.

9. Les sauveteurs qui travaillent à Magic Mountain ou dans d'autres parcs aquatiques du Nouveau-Brunswick devraient avoir un certificat de sauveteur national (SN) avec option piscine et option parc aquatique. Les sauveteurs chargés de la surveillance d'une piscine à vagues devraient également avoir suivi l'option plage océanique.

10. Le numéro correspondant à chaque poste de sauveteur autour de la piscine à vagues devrait toujours demeurer le même, que la génératrice de vagues artificielles soit en marche ou non (par exemple, le poste vagues 1 demeure toujours le poste V1).

11. Un meilleur système d'affichage et d'instructions devrait être mis en place afin d'informer les clients sur la sécurité aquatique et sur l'usage des vêtements de flottaison individuels.

12. Des pompiers et des ambulanciers devraient participer à la formation continue des sauveteurs de tous les parcs aquatiques publics.

13. Il est recommandé d'ajouter une troisième rotation du personnel au poste de premiers soins (au parc aquatique Magic Mountain seulement).

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

Recommendation of the Presiding Coroner:

1. That the Lifesaving Society, New Brunswick Division, take a leadership role to convene dialogue among concerned groups such as the New Brunswick Medical Society, the Nurses Association of New Brunswick and all relevant first responder groups. The goal of the discussions is to achieve a mutual understanding of each others professional, legal and ethical obligations to take action in emergency situations where those with higher levels of credentials and training are at the scene as bystanders. The results of any such dialogue should be communicated among the membership of each concerned group.

The recommendations were forwarded for consideration by the Departments of Health, Public Safety, Local Government and Education. In addition to the proprietor of the water park, the recommendations were also forwarded to the Lifesaving Society, N. B. Nurses Association of N.B. and the N. B. Medical Society. Their responses were reported in the 2006 Annual Report.

In addition, the Canadian Red Cross provided the following responses.

Recommendation No. 1

That the Lifesaving Society's "Pool and Waterfront Guidelines for the Province of New Brunswick" become legislated standards for the Province of New Brunswick.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

Recommandation du coroner enquêteur :

1. La Division du Nouveau-Brunswick de la Société de sauvetage devrait prendre l'initiative de favoriser la communication entre les groupes concernés, dont la Société médicale du Nouveau-Brunswick, l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et d'autres groupes de premiers intervenants. Le but des discussions serait de s'entendre sur les obligations professionnelles, légales et éthiques de chacun pour ce qui est des mesures à prendre dans les cas où des personnes (autres que le personnel désigné) ayant une formation et des qualifications plus élevées sont présentes sur les lieux. Les résultats de ces discussions devront transmis aux membres de chaque groupe concerné.

Les recommandations ont été présentées aux ministères de la Santé, de la Sécurité publique, des Gouvernements locaux et de l'Éducation. En plus du propriétaire du parc aquatique, ces recommandations ont également été transmises à la Société de sauvetage, à l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick de même qu'à la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Leurs réponses se trouvent dans le rapport annuel de 2006.

De plus, la Croix-Rouge canadienne a fourni les réponses suivantes.

Recommandation n° 1

Les principes directeurs de la Société de sauvetage concernant les piscines et les plages du Nouveau-Brunswick devraient devenir des normes ayant force de loi au Nouveau-Brunswick.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

The Canadian Red Cross (CRC) advised that they agree that stakeholders in the province should sit down and discuss appropriate sources of information for legislation addressing pool and waterfront lifeguarding. The CRC is willing to facilitate a working group of stakeholders (both from the community and the government) to develop current guidelines to meet this requirement.

Recommendation #2

More standards specific to wave pools be included in the "Pool and Waterfront Guidelines for the Province of New Brunswick"

The Canadian Red Cross (CRC) agreed that more guidelines for wave pools should be developed. The CRC life guarding program has incorporated wave pool guidelines within its lifeguard programming.

Recommendation #3

That recreational aquatic face masks be banned from all public aquatic facilities within the Province of N. B., except for when taking scuba diving lessons. Furthermore, that the Lifesaving Society add this to the "Pool and Waterfront Guidelines for the Province of New Brunswick".

The Canadian Red Cross (CRC) advised that recreational aquatic face masks should be banned with the exception of use for scuba purposes. The CRC recommends that the use in public pools should be isolated to training programs and training activities. It is recommended that if individuals wish to use such devices, that they seek training before they are used.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

La Croix-Rouge canadienne (CRC) a convenu que des intervenants de la province devraient s'asseoir et discuter des sources d'information appropriées relativement aux mesures législatives portant sur les sauveteurs de piscine et de plage. La CRC est prête à diriger un groupe de travail composé d'intervenants de la collectivité et du gouvernement pour élaborer des lignes directrices à jour afin de respecter cette exigence.

Recommandation n° 2

Davantage de normes au sujet des piscines à vagues devraient être intégrées aux principes directeurs concernant les piscines et les plages du Nouveau-Brunswick.

La Croix-Rouge canadienne (CRC) a convenu qu'un plus grand nombre de lignes directrices devraient être élaborées pour les piscines à vagues. La CRC a intégré des lignes directrices sur les piscines à vagues dans son programme de sauveteurs.

Recommandation n° 3

Les masques de plongée devraient être interdits dans tous les parcs aquatiques du Nouveau-Brunswick, sauf pour les cours de plongée autonome, et la Société de sauvetage devrait ajouter ce règlement aux principes directeurs concernant les piscines et les plages du Nouveau-Brunswick.

La Croix-Rouge canadienne (CRC) a signalé que les masques de plongée devraient être interdits sauf pour la plongée. La CRC recommande que l'utilisation dans les piscines publiques soit limitée aux programmes et aux activités de formation. Elle recommande que les personnes qui souhaitent utiliser de tels masques suivent une formation au préalable.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

Recommendation #4

The Province of New Brunswick become more involved in promoting water safety in the Province by working hand in hand with Lifesaving Society.

The Canadian Red Cross (CRC) supports the concept that the Province should increase involvement in promoting water safety and is willing to work in partnership with the Province and other stakeholders to ensure the safety of those in and around the water.

Recommendation #5

As part of the N. B. education program, we recommend that the "Swim to Survive" program be implemented into the school curriculum as soon as possible. We further recommend upgrading the curriculum to include the "Learn to Swim" program.

The Canadian Red Cross (CRC) agreed that a "learn to swim" program in the school curriculum is valuable, as research shows that ongoing and continuous, school-based education is an effective injury prevention and health promotion strategy for children.

Recommendation #8

Unannounced/unscheduled spot checks done on all lifeguards by a lifeguard supervisor and/or a National Lifeguard Service (NLS) trainer during regular operational duties.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

Recommandation n° 4

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick devrait contribuer davantage à favoriser la sécurité aquatique dans la province en collaborant avec la Société de sauvetage.

La Croix-Rouge canadienne (CRC) appuie le concept selon lequel la province devrait contribuer davantage à favoriser la sécurité aquatique. Elle est disposée à travailler en partenariat avec la province et les autres intervenants pour veiller à la sécurité des personnes qui se trouvent dans l'eau et près de l'eau.

Recommandation n° 5

Le cours de base *Nager pour survivre* devrait être intégré au programme d'éducation du Nouveau-Brunswick dès que possible; de plus, un programme de cours de natation devrait aussi être inclus au programme scolaire et offert dans les écoles.

La Croix-Rouge canadienne (CRC) a convenu qu'un programme de cours de natation devrait être inclus dans le programme scolaire, puisque la recherche montre que l'éducation continue à l'école constitue une stratégie efficace de prévention des blessures et de promotion de la santé chez les enfants.

Recommandation n° 8

Des vérifications ponctuelles, imprévues et non planifiées du travail de chaque sauveteur devraient être faites par un superviseur ou par un instructeur de la Société de sauvetage pendant les heures de travail habituelles.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

The Canadian Red Cross (CRC) supports this recommendation. It should be noted that management has a role to implement quality controls to ensure employees have the capacity to prevent incidents as well as respond to incidents as they arise.

Recommendation #9

Lifeguards working at Magic Mountain and all other waterpark facilities within N. B. have their NLS designation as well as "pool" and "waterpark" training. Lifeguards working at the wave pool have "surf" training as well.

The Canadian Red Cross (CRC) supports this recommendation and that training of lifeguards needs to be specific to their facility; a surf designation makes no sense when the guards in question are not responsible for waves greater than three feet.

Recommendation #11

Better education and signage to inform the patrons on water safety issues and usage of Personal Flotation Devices (PFDs).

The Canadian Red Cross (CRC) agreed that continuous education is an important strategy to prevent needless injury and death.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

La Croix-Rouge canadienne (CRC) appuie cette recommandation. Il convient de signaler que la direction doit mettre en place des contrôles de qualité pour s'assurer que les employés ont la capacité de prévenir les incidents et d'intervenir en cas de besoin.

Recommandation n° 9

Les sauveteurs qui travaillent à Magic Mountain ou dans d'autres parcs aquatiques du Nouveau-Brunswick devraient avoir un certificat de sauveteur national (SN) avec option piscine et option parc aquatique. Les sauveteurs chargés de la surveillance d'une piscine à vagues devraient également avoir suivi l'option plage océanique.

La Croix-Rouge canadienne (CRC) appuie cette recommandation et précise que la formation des sauveteurs doit être adaptée au parc aquatique dans lequel ils travaillent; il n'est pas logique d'exiger qu'ils aient suivi l'option plage océanique s'ils ne sont pas chargés de surveiller des vagues de plus de trois pieds.

Recommandation n° 11

Un meilleur système d'affichage et d'instructions devrait être mis en place afin d'informer les clients sur la sécurité aquatique et sur l'usage des vêtements de flottaison individuels.

La Croix-Rouge canadienne (CRC) a convenu que l'éducation continue est une stratégie importante de prévention des blessures et des décès inutiles.

Inquests and Cases of Interest (2006) continued

Recommendation #12

All public aquatic facilities, as part of their ongoing lifeguard training, integrate firefighters and Emergency Medical Technicians (EMTs).

The Canadian Red Cross (CRC) suggested all public aquatic facilities integrate firefighters and EMTs in ongoing life guard training. The CRC agreed that integration of first responder training at in-service training sessions for lifeguards is an excellent capacity building opportunity.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2006) (suite):

Recommandation n° 12

Des pompiers et des ambulanciers devraient participer à la formation continue des sauveteurs de tous les parcs aquatiques publics.

La Croix-Rouge canadienne (CRC) a suggéré que tous les parcs aquatiques publics fassent participer des pompiers et des ambulanciers à la formation continue des sauveteurs. La CRC a convenu que l'intégration de la formation de premier intervenant dans les séances de formation en cours d'emploi des sauveteurs est une excellente occasion de renforcer leurs capacités.